

MÉMENTOS

Droit de la sécurité sociale

12^e édition

Jean-Jacques Dupeyroux

Xavier Prétot

DALLOZ

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire	V
Introduction	1

P R É L I M I N A I R E	3
--------------------------------	---

> CHAPITRE I LA FORMATION DU CONCEPT DE SÉCURITÉ SOCIALE	4
--	---

> SECTION 1 Les techniques traditionnelles de protection contre les risques sociaux	4
§ 1 Une technique individuelle : l'épargne	4
§ 2 Une technique ancienne : le rôle de la famille	4
§ 3 Une technique de prise en charge des accidents : la responsabilité civile	5
§ 4 Des techniques collectives : l'assurance et la mutualité	5
§ 5 Une technique ambivalente : l'assistance	6
> SECTION 2 La période classique : la protection des travailleurs salariés et l'aménagement des techniques dérivées	6
§ 1 La réparation des accidents du travail	7
§ 2 La naissance des assurances sociales	8
A. Les assurances sociales en Allemagne	8
B. Les assurances sociales en France	9
§ 3 Les prestations familiales	9
> SECTION 3 L'époque contemporaine : de l'avènement à la crise de la sécurité sociale	10
§ 1 Le renouvellement des conceptions : le rapport Beveridge	10
A. Les prémices	10
B. Le rapport Beveridge	11
§ 2 Le développement des systèmes de sécurité sociale	12
A. La création des systèmes de sécurité sociale	12
B. La reconnaissance du droit à la sécurité sociale	13
§ 3 La crise de la sécurité sociale	14

> CHAPITRE II L'INSTITUTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE EN FRANCE ET SON ÉVOLUTION	16
---	----

> SECTION 1 Les origines : le plan français de sécurité sociale et l'ordonnance du 4 octobre 1945	16
§ 1 Le plan français de sécurité sociale	16
§ 2 L'institution de la sécurité sociale : l'ordonnance du 4 octobre 1945	17
> SECTION 2 L'extension de la sécurité sociale dans la dispersion (1946-1978)	17
§ 1 L'échec du plan de 1945	18
A. L'assujettissement des salariés : les limites du régime général	18

B. L'assujettissement des travailleurs indépendants	18
C. Le particularisme des professions agricoles	19
§ 2 L'extension de la Sécurité sociale	19
A. L'institution de nouveaux régimes de sécurité sociale	19
B. La politique de généralisation de la sécurité sociale	19
C. L'amélioration de la couverture des risques	20
D. Le développement de la protection sociale complémentaire	20
§ 3 Les évolutions récentes	21
A. L'extension de la protection sociale	21
B. La politique des réformes	22
> CHAPITRE III LE DROIT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	26
> SECTION 1 Les caractères du droit de la sécurité sociale	26
> SECTION 2 Les sources du droit de la sécurité sociale	27
§ 1 Les sources relevant du droit interne	27
§ 2 Les sources relevant du droit international et européen	29
§ 3 Le rôle de la jurisprudence	30
P R E M I È R E P A R T I E	
L'ARCHITECTURE DU SYSTÈME DE SÉCURITÉ SOCIALE	31
> CHAPITRE I L'ARTICULATION DES RÉGIMES : LES RÈGLES D'ASSUJETTISSEMENT	32
> SECTION 1 Le régime général	33
§ 1 Le critère de la subordination	33
A. La définition du lien de subordination	33
B. La présomption de non assujettissement : la loi Madelin	34
§ 2 L'assujettissement par voie d'assimilation	35
> SECTION 2 Les autres régimes	36
§ 1 Les régimes spéciaux	36
§ 2 Les régimes des travailleurs indépendants	36
§ 3 Les régimes agricoles	37
A. La notion d'activité agricole	37
B. La distinction des salariés agricoles et des exploitants agricoles	38
> CHAPITRE II L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	39
> SECTION 1 L'organisation de la Sécurité sociale	39
§ 1 L'organisation du régime général	39
A. L'organisation des branches santé, accidents du travail, vieillesse et famille	40
B. L'organisation du recouvrement des cotisations	42
C. Les organismes communs : l'UCANSS	43
§ 2 L'organisation des autres régimes	43

A. L'organisation des régimes spéciaux	43
B. L'organisation des régimes des travailleurs indépendants	44
C. L'organisation de la mutualité sociale agricole	45
> SECTION 2 L'administration des organismes de sécurité sociale	46
§ 1 La notion d'organisme de sécurité sociale	46
§ 2 Le conseil d'administration	47
A. La composition du conseil d'administration	47
B. Le statut des membres du conseil d'administration	51
C. Les attributions du conseil d'administration	51
§ 3 Le personnel de direction	52
A. Le statut du personnel de direction	52
B. Les attributions du directeur et de l'agent comptable	54
> SECTION 3 L'intervention des pouvoirs publics	55
§ 1 L'intervention du Parlement	56
§ 2 La tutelle administrative et financière	56
A. L'étendue des pouvoirs de tutelle	57
B. La contractualisation des rapports entre l'État et les organismes de sécurité sociale	58
> CHAPITRE III LE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	59
> SECTION 1 Le régime financier et les lois de financement de la sécurité sociale	60
§ 1 Les principes traditionnels	60
§ 2 Les évolutions récentes	61
§ 3 Les lois de financement de la sécurité sociale	63
> SECTION 2 Les ressources de la Sécurité sociale	65
§ 1 La structure des ressources	66
§ 2 La diversification des ressources	67
A. L'évolution du financement de la sécurité sociale	67
B. La contribution sociale généralisée	67
C. Les autres contributions	69
> SECTION 3 Les cotisations de sécurité sociale	69
§ 1 L'assiette et le taux des cotisations de sécurité sociale	70
A. Les cotisations des régimes de salariés : le régime général	70
B. Les cotisations des régimes de non salariés	73
C. Les cotisations dues par les inactifs	73
§ 2 Le versement des cotisations de sécurité sociale	74
A. Le débiteur des cotisations	74
B. Le fait générateur de la dette de cotisation	74
C. Les modalités du paiement des cotisations	75
D. Les prescriptions	75
E. Les sûretés	76
§ 3 Les procédures de contrôle et de redressement	
– Le recouvrement forcé des cotisations de sécurité sociale	76
A. Le contrôle et le redressement des cotisations	76

B. Le recouvrement forcé des cotisations	77
§ 4 Les sanctions	78
A. Les sanctions pénales	78
B. Les sanctions administratives : les pénalités et les majorations de retard	78
C. Les sanctions civiles	79
> CHAPITRE IV QUESTIONS COMMUNES	80
> SECTION 1 Le contentieux de la sécurité sociale	80
§ 1 Le contentieux général de la sécurité sociale	80
A. Le champ d'application du contentieux général	80
B. Les juridictions du contentieux général : le tribunal des affaires de sécurité sociale	81
C. La procédure	82
§ 2 Les contentieux spéciaux de la sécurité sociale	83
A. Une procédure à part : l'expertise médicale	83
B. Le contentieux technique de la sécurité sociale	84
C. Le contentieux du contrôle technique	85
> SECTION 2 Le recours des organismes de sécurité sociale contre les tiers responsables	85
> SECTION 3 La territorialité des systèmes de sécurité sociale et l'incidence des règles internationales et européennes	86
§ 1 Les solutions du droit interne	87
A. Le principe de la territorialité du système français	87
B. Les droits des Français à l'étranger	87
§ 2 Les solutions internationales et européennes	87
A. Les règles de coordination	88
B. Les règles substantielles	88

DEUXIÈME PARTIE

LA COUVERTURE DES RISQUES 90

> CHAPITRE I LA BRANCHE SANTÉ : LES ASSURANCES MALADIE, MATERNITÉ, INVALIDITÉ ET DÉCÈS 92

> SECTION 1 Les prestations en nature : la prise en charge des soins	93
§ 1 Les modalités de la prise en charge des soins	93
A. Les conditions d'ouverture des droits	94
B. Le caractère familial des droits aux prestations en nature	94
C. L'étendue de la prise en charge des soins	95
D. Les dispositions propres à l'assurance maternité	98
§ 2 La détermination des frais pris en charge et la maîtrise des dépenses de santé	99
A. L'évolution du système français	99
B. Les règles de tarification et de facturation	100
C. La politique de maîtrise des dépenses de santé	105

> SECTION 2 Les prestations en espèces : les indemnités journalières, la pension d'invalidité et le capital décès	106
§ 1 L'indemnisation de l'arrêt de travail : les indemnités journalières de l'assurance maladie	106
A. Les règles applicables dans le régime général	107
B. Les règles applicables dans les autres régimes	108
§ 2 L'indemnisation du congé de maternité : les indemnités journalières de l'assurance maternité – Le congé de paternité	109
A. Les règles applicables dans le régime général	109
B. Les règles applicables dans les autres régimes	110
C. Le congé de paternité	110
§ 3 L'indemnisation de l'invalidité et du décès : la pension d'invalidité et le capital décès	111
A. Les règles applicables dans le régime général	111
B. Les règles applicables dans les autres régimes	113
> CHAPITRE II LA BRANCHE RETRAITE : L'ASSURANCE VIEILLESSE	
ET LES PRESTATIONS NON CONTRIBUTIVES	115
> SECTION 1 La couverture du risque vieillesse	116
§ 1 Les modalités de la couverture du risque	116
§ 2 Les caractéristiques du système français	118
A. La complexité du système français	118
B. La réforme des retraites	119
> SECTION 2 Les droits contributifs	120
§ 1 L'évolution des prestations (1946-2008)	120
§ 2 Les droits de l'assuré : la pension de retraite	122
A. Les éléments constitutifs du droit à pension	122
B. Le montant de la pension de retraite et son évolution	128
C. La liquidation des droits et le service de la pension de retraite	128
D. Le cumul de la pension de retraite et d'une activité	129
§ 3 Les droits du conjoint survivant : la pension de réversion	130
A. L'évolution de la pension de réversion	130
B. Les conditions d'attribution de la pension de réversion	131
> SECTION 3 Les droits non contributifs	132
> CHAPITRE III LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL : L'INDEMNISATION	
DES RISQUES PROFESSIONNELS	134
> SECTION 1 La prévention des risques	136
§ 1 La politique de prévention des risques	136
§ 2 La tarification du risque	138
A. Les bases de la tarification	138
B. Les modalités de la tarification	139
C. Les ristournes et les cotisations supplémentaires	140
> SECTION 2 Les risques couverts	140
§ 1 L'accident du travail	141

A. La notion d'accident	141
B. Le caractère professionnel de l'accident	141
§ 2 La maladie professionnelle	143
A. Les tableaux des maladies professionnelles	143
B. La procédure de la reconnaissance individuelle	144
C. La prise en charge des affections liées à l'amiante	144
§ 3 L'accident de trajet	145
A. Extrémités du trajet	145
B. Accomplissement du trajet : les détours et les interruptions	146
> SECTION 3 Les modalités de la réparation	148
§ 1 Les règles de procédure et de prescription	148
§ 2 Les prestations en nature	149
§ 3 Les prestations en espèces	150
A. L'indemnisation de l'incapacité temporaire : les indemnités journalières	150
B. L'indemnisation de l'incapacité permanente : les rentes accident du travail	150
> SECTION 4 La faute inexcusable et la faute intentionnelle	152
§ 1 La faute inexcusable	153
A. La définition de la faute inexcusable de l'employeur	153
B. Les effets de la faute inexcusable de l'employeur	154
C. La faute inexcusable de la victime	155
§ 2 La faute intentionnelle	155
> <u>CHAPITRE IV LA BRANCHE FAMILLE : LES PRESTATIONS FAMILIALES</u>	157
> SECTION 1 Les caractéristiques de la branche famille	158
§ 1 L'évolution des prestations familiales	158
§ 2 Les ambiguïtés de la branche famille	160
> SECTION 2 Les conditions d'attribution des prestations	162
§ 1 La définition de l'allocataire	162
§ 2 L'enfant ouvrant droit aux prestations	163
§ 3 Le régime juridique des prestations familiales	164
> SECTION 3 L'éventail des prestations familiales	165
§ 1 Les prestations générales d'entretien	165
A. Les allocations familiales	165
B. Le complément familial	166
§ 2 Les prestations liées à la petite enfance	166
§ 3 Les prestations à vocation spécialisée	168
A. L'allocation de soutien familial	168
B. L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé	169
C. L'allocation de présence parentale	170
D. L'allocation de parent isolé	170
E. L'allocation de rentrée scolaire	171
§ 4 Les prestations relatives au logement	171
§ 5 L'assurance vieillesse des parents au foyer	172

TROISIÈME PARTIE

LES EFFORTS COMPLÉMENTAIRES	174
> CHAPITRE I L'AIDE SOCIALE	175
> SECTION 1 L'évolution de l'aide sociale	176
> SECTION 2 Le droit à l'aide sociale	177
> SECTION 3 L'organisation de l'aide sociale	178
> SECTION 4 Les prestations de l'aide sociale	179
§ 1 La diversité des prestations de l'aide sociale	179
§ 2 Le revenu minimum d'insertion	180
§ 3 La prise en charge de la dépendance des personnes âgées	180
> CHAPITRE II LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE	182
> SECTION 1 Le régime juridique de la protection sociale complémentaire	183
§ 1 Les principes directeurs	183
§ 2 La prévoyance	185
§ 3 La retraite supplémentaire	186
> SECTION 2 Les régimes complémentaires de retraite	187
§ 1 Les origines et l'évolution des régimes complémentaires de retraite	187
§ 2 Le régime juridique des régimes complémentaires de retraite	188
§ 3 Les caractéristiques des régimes complémentaires de retraite	189
> CHAPITRE III L'INDEMNISATION DU CHÔMAGE	191
> SECTION 1 L'indemnisation du chômage total	192
§ 1 Les conditions générales d'ouverture des droits	193
§ 2 Le régime d'assurance chômage	194
A. La convention d'assurance chômage et son agrément	194
B. L'organisation et la gestion du régime	195
C. Le champ d'application du régime	195
D. Le financement du régime	195
E. Les prestations du régime	196
§ 3 Le régime de solidarité	197
> SECTION 2 L'indemnisation du chômage partiel	197
A. La définition du chômage partiel	197
B. Les allocations dues en cas de chômage partiel	198
C. Le chômage partiel total	199
Bibliographie générale	201
Index alphabétique	203
Table des tableaux	207
Table des matières	209

A

- Accident du travail,
 - AAEXA, 22, 37, 134
 - accident de trajet, 145-147
 - accident du travail (au sens étroit du terme), 141-143
 - cotisations, 138
 - exploitants agricoles (AAEXA), 134
 - faute inexcusable, 153
 - faute intentionnelle, 155
 - indemnités journalières, 150
 - prestations en nature, 149
 - rentes accident du travail, 150
 - salariés agricoles, 134
 - tarification, 138
- Action sanitaire et sociale des organismes, 41, 42, 45, 60
- Affiliation, 32
- Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), 43, 46, 49, 56
- Agence nationale pour l'emploi (ANPE), 192, 193-194
- AGIRC, 18, 118, 182, 187-190
- Aide familial, 38
- Aide sociale, 6, 22, 175-181
- Allocataire (prestations familiales), 162-163
- Allocation aux adultes handicapés, 169
- Allocation d'adoption, 167
- Allocation de base, v. *Prestation d'accueil du jeune enfant*
- Allocation d'éducation de l'enfant handicapé, 169
- Allocation équivalent retraite, 197
- Allocation pour jeune enfant, 166
- Allocation de logement, 159, 171-172
- Allocation aux mères de famille, 132
- Allocation parentale d'éducation, 167
- Allocation de parent isolé, 170
- Allocation personnalisée d'autonomie (APA), 22, 180-181
- Allocation de présence parentale, 83, 170
- Allocation de rentrée scolaire, 171
- Allocation de retour à l'emploi, 196-197
- Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), 118, 132-133, 179
- Allocation de solidarité spécifique, 197
- Allocation de soutien familial, 166
- Allocation spéciale, 132
- Allocation supplémentaire, 132
- Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), 133
- Allocation temporaire d'attente, 197
- Allocation aux vieux travailleurs non salariés (AVTNS), 132
- Allocation aux vieux travailleurs salariés (AVTS), 132
- ARRCO, 21, 118, 182, 187-190
- Assedic, 192
- Assujettissement, 32
- Assurance décès, 113, 114
- Assurance invalidité, 111-112, 113-114
- Assurance maladie :
 - convention nationale de l'assurance maladie, 101-103
 - exploitants agricoles (AMEXA), 19, 37, 92
 - forfait journalier, 96
 - franchise, 96
 - indemnités journalières, 106-109
 - ouverture des droits, 94
 - prestations en espèces, 106-109
 - prestations en nature, 93-98
 - ticket modérateur, 96
 - tiers-payant, 96
- Assurance maternité :
 - congé de maternité, 109-110
 - indemnités journalières, 109-110
 - prestations en nature, 98-99
- Assurance personnelle, v. *Couverture maladie universelle*
- Assurances sociales, 8-9, 90
- Assurance veuvage, 131
- Assurance vieillesse :
 - artisans, 18, 115, 120
 - avocats, 19, 115
 - AVTS, v. *ce mot*
 - exploitants agricoles, 19, 115, 126
 - pension de retraite, 122-130

- pension de réversion, 130-132
- professions industrielles et commerciales, 18, 115, 120
- professions libérales, 18, 115, 126
- régime général, 18, 115
- régimes spéciaux, 18, 115, 121, 122, 124
- salariés agricoles, 18, 115

Assurance vieillesse des parents au foyer, 172

B-D

Bases mensuelles des allocations familiales (BMAF), 164

Budget annexe des prestations sociales agricoles (BAPSA), 62

CADES, 22, 62

Caisse d'allocations familiales, 42, 49, 157

Caisse d'assurance maladie, 41, 48

Caisse de mutualité sociale agricole, 45, 50

Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS), 42, 48, 56

Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), 41, 48, 56

Caisse nationale des allocations familiales (CNAF), 42, 49, 56

Caisse nationale des barreaux français, 19, 44, 50, 115

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, 22, 181

CANAM, 44

CANCAVA, 18, 44, 115, 120

Capital décès, v. *Assurance décès*

Capitalisation, 116

Chômage, v. *Indemnisation du chômage*

Comité d'alerte, 56

Commission de recours amiable, v. *Contentieux*

Compensation, 61

Complément familial, 166

Complément de libre choix d'activité, v. *Prestation d'accueil du jeune enfant*

Complément de libre choix du mode de garde, v. *Prestation d'accueil du jeune enfant*

Congé de paternité, 110

Conjoint survivant :

- accidents du travail, 152
- assurance invalidité, 113
- assurance vieillesse, 130-132

Conseil d'administration (des organismes de sécurité sociale) :

- mutualité sociale agricole, 50, 51-52
- régime général, 47-49, 51-52
- régime des travailleurs indépendants, 50, 51-52
- conseil de surveillance, 56

Contentieux :

- aide sociale, 178-179
- commission de recours amiable, 82
- disciplinaire des professions de santé, 85
- technique, 84, 112, 140, 151
- tribunal des affaires de sécurité sociale, 81

Contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS), 22, 62-63

Contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S), 69

Contribution sociale généralisée (CSG), 67-68

Convention d'assurance chômage, v. *Indemnisation du chômage*

Convention nationale de l'assurance maladie, v. *Assurance maladie*,

Convention d'objectif et de gestion, 58

Coordination, 29, 32, 88

Cotisations de sécurité sociale :

- assiette, 71-72, 73-74
- exonérations, 72
- contrôle et redressement, 76-77
- frais professionnels, 71-72
- interlocuteur social unique, 75
- notion, 65-66
- pénalités et majorations de retard, 76-77
- plafond, 72
- précompte, 74
- recouvrement, 77-78
- sanctions, 78-80
- taux, 70, 73, 74
- versement, 74-76

Cour de cassation, 30, 83, 84

Cour des comptes, 57

Couverture maladie universelle (CMU), 21,
32, 93, 94, 185-186
Droit à la sécurité sociale, 13-14, 27, 29-30

E-F

Enfant à charge, 95, 98, 152, 163-164
Étranger, 28, 87, 89
Expertise médicale, 83-84, 98, 107, 170
Faute inexcusable, v. *Accident du travail*
Faute intentionnelle, v. *Accident du travail*
Fonds de financement des prestations
sociales des non salariés agricoles, 62
Fonds d'indemnisation des victimes de
l'amiante (FIVA), 62
Fonds de solidarité vieillesse (FSV), 119

H-I

Handicapés :
– allocation aux adultes handicapés, 169
– allocation spéciale de l'enfant handicapé,
169
– Commission des droits et de l'autono-
mie des personnes handicapées, 169
Immatriculation, 32
Indemnisation du chômage :
– allocation de retour à l'emploi, 196-
197
– allocation équivalent retraite, 197
– allocation de solidarité spécifique, 197
– allocation temporaire d'attente, 197
– chômage partiel (indemnisation), 198-
199
– chômage partiel total, 199
– convention d'assurance chômage, 194-
195
– contribution (régime d'assurance chô-
mage), 192-196
– régime d'assurance chômage, 21, 193,
194-197
– régime de solidarité, 193, 197
Indemnités journalières, v. *Accidents du tra-
vail, Assurance maladie et Assurance
maternité*
Inspection générale des affaires sociales
(IGAS), 56

Institution de prévoyance, v. *Protection
sociale complémentaire*
Institution de retraite complémentaire,
v. *Protection sociale complémentaire*
Institution de retraite supplémentaire,
v. *Protection sociale complémentaire*

L-M

Loi de financement de la sécurité sociale,
22, 63-64
Majorations de retard, v. *Cotisations de
sécurité sociale*
Maladie professionnelle (v. également *Acci-
dents du travail*) :
– définition, 143
– reconnaissance individuelle, 144
– réparation, v. *Accidents du travail*
– tableaux des maladies professionnelles,
143
Minimum vieillesse, 133
Mutualité, 5, 184, 185
Mutualité sociale agricole, 45-46

O-P

ORGANIC, 18, 44, 115, 120
Organisme de Sécurité sociale, 46
Pension (v. également *Régime agricole,
Régimes complémentaires, Régimes des
non salariés non agricoles*) :
– invalidité, 111-113
– de réversion, v. *Assurance vieillesse*
– de veuf ou de veuve, 113
– de vieillesse ou de retraite, v. *Assurance
vieillesse*
Personnel des organismes de Sécurité
sociale, 47
Personnel de direction, 52-55
Plafond, v. *Cotisations de sécurité sociale*
Précompte, v. *Cotisations de sécurité sociale*
Prestation d'accueil du jeune enfant, 167-
168
Prestations familiales, 9, 20, 157 et s.
Prévention (des accidents du travail), 136-
138
Prévoyance, 185-186

Protection sociale complémentaire :

- garanties collectives, 184-185
- institution de prévoyance, 185
- institution de retraite complémentaire, 188-189
- institution de retraite supplémentaire, 186

R-U

- Recours contre tiers, 85-86
- Régime général, 18, 33-36
- Régime social des indépendants (RSI), 21, 44, 45, 50
- Régimes spéciaux, 18, 36, 115, 121, 122
- Répartition, 117

Retraite, v. *Assurance vieillesse*Retraite complémentaire, v. *Protection sociale complémentaire*Retraite supplémentaire, v. *Protection sociale complémentaire*

Revenu minimum d'insertion, 22, 180

Territorialité des systèmes de sécurité sociale, 86, 87

Tutelle administrative et financière, 56-58

Union des caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS), 43, 49

Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), 41, 55

Unedic, 192

Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM), 41

URSSAF, 42, 49, 56, 75

> CHAPITRE I

LA FORMATION DU CONCEPT DE SÉCURITÉ SOCIALE

C'est à la fin du XIX^e siècle qu'apparaissent, dans les pays industrialisés de l'Europe, les premiers systèmes qui tendent à l'indemnisation selon des formules originales des risques et aléas de l'existence, avant que les défis nés de la crise économique de 1929 et de la guerre ne conduisent, au tournant du XX^e siècle, à un renouvellement des conceptions qui déterminera, à la Libération, l'institution des systèmes de sécurité sociale et conféreront à l'institution les caractères que nous lui connaissons. S'il est vrai qu'elle constitue, dans l'histoire de la prise en charge des risques sociaux, une véritable rupture avec les conceptions du passé, l'avènement de la Sécurité sociale n'en est pas moins le fruit d'une longue évolution, dont il importe de retracer les principales étapes.

> SECTION I

Les techniques traditionnelles de protection contre les risques sociaux

§1 - UNE TECHNIQUE INDIVIDUELLE : L'ÉPARGNE

L'épargne est la forme la plus simple de protection contre les risques : celui qui entend se préserver, distrait de la consommation une partie de son revenu pour faire face, le jour venu, aux risques de l'existence (maladie, chômage, retraite, etc.). Elle présente d'incontestables avantages : elle constitue en effet un encouragement à l'effort individuel et concourt, par ailleurs, au développement de l'économie en favorisant l'investissement.

L'épargne est assortie toutefois de sérieuses limites :

- Elle implique des revenus suffisamment élevés pour permettre une épargne significative ; de fait, les personnes les plus défavorisées ne peuvent épargner, alors même qu'elles comptent parmi les catégories les plus vulnérables.
- Les aléas économiques rendent l'épargne inefficace. Ainsi la dépréciation monétaire a-t-elle ruiné, entre les deux guerres mondiales, les efforts d'épargne de bien des travailleurs indépendants (commerçants, professions libérales), les conduisant à solliciter, à la Libération, le bénéfice de systèmes de sécurité sociale.

§2 - UNE TECHNIQUE ANCIENNE : LE RÔLE DE LA FAMILLE

1. Le rôle de la famille n'a nul besoin d'être souligné dans la couverture des risques : la solidarité qui s'applique au sein de la famille, conduit naturellement à la prise en charge financière, mais également physique de ceux de ses membres qui ne peuvent pas subvenir à leurs besoins du fait de leur âge, de leur santé ou encore de la situation économique.

L'implication de la famille dans la couverture des risques sociaux n'est pas sans limites. Elle est naturellement fonction de la capacité financière de la famille et de l'étendue des risques que celle-ci est amenée à supporter. L'évolution de la structure de la famille n'est

pas non plus sans incidence : le développement de la famille nucléaire (les parents et les jeunes enfants) et l'éclatement de la famille traditionnelle (accroissement du nombre des divorces, familles mono-parentales, familles recomposées) rendent plus aléatoire que par le passé la mise en œuvre de la solidarité familiale pour la protection contre les risques et aléas de l'existence.

2. Le rôle de la famille persiste, aujourd'hui encore, dans notre droit de la protection sociale :

- L'attribution de nombre des prestations de l'aide sociale est subordonnée ainsi à la mise en œuvre, au préalable, de l'*obligation alimentaire* des proches du bénéficiaire.
- À l'opposé, la couverture des risques prend en compte, fréquemment, la situation familiale de l'intéressé : on mentionnera ainsi, indépendamment des prestations familiales proprement dites, l'extension du bénéfice des prestations en nature des assurances maladie et maternité aux proches (conjoint ou concubin, enfants à charge) de l'assuré, l'institution de la pension de réversion au profit du conjoint survivant de l'assuré ou l'attribution de rentes d'ayant droit aux proches de la victime d'un accident du travail après le décès de celle-ci.

3. Dans un registre quelque peu différent, on relèvera le rôle joué, dans les sociétés traditionnelles, par les structures socioprofessionnelles (métiers et corporations) dans la protection de leurs membres contre les risques sociaux.

§3 - UNE TECHNIQUE DE PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTS : LA RESPONSABILITÉ CIVILE

Lorsque la réalisation d'un risque est imputable à un tiers, l'application des règles de la responsabilité civile (ou de la responsabilité administrative) et de l'assurance est de nature à garantir la réparation du préjudice subi (par ex. : frais médicaux et hospitaliers, perte de revenu).

La couverture du risque implique toutefois que les règles de la responsabilité s'appliquent, autrement dit qu'un tiers soit intervenu dans la genèse de l'accident, et que son action ou son abstention s'avèrent susceptibles d'engager sa responsabilité. Il importe par ailleurs qu'il soit solvable ou bien assuré.

§4 - DES TECHNIQUES COLLECTIVES : L'ASSURANCE ET LA MUTUALITÉ

1. Les techniques de *l'assurance* et de *la prévoyance collective* reposent sur la répartition des risques (on parle en ce sens de *mutualisation* des risques) entre l'ensemble des personnes appelées à participer à l'opération de prévoyance. Chacun supporte ainsi une *prime* (assurance) ou bien une *cotisation* (mutualité) et peut prétendre, en contrepartie, au bénéfice d'une indemnité s'il est victime de la réalisation du risque couvert.

2. S'il est vrai qu'elles procèdent d'une même technique de protection, l'assurance et la mutualité s'inscrivent toutefois dans une conception nettement différente de la protection sociale :

- L'assurance tend à la couverture d'un risque au sens statistique du terme ; dès lors, le montant des primes exigées de l'assuré est fonction de la fréquence et de la gravité prévisible du risque. L'assurance revêt, par ailleurs, le caractère d'une activité

commerciale qui comporte des charges (prospection de la clientèle, publicité) et doit dégager des bénéfices.

- La mutualité tend davantage à promouvoir la solidarité entre ses membres. Forfaitaires ou proportionnelles au revenu, les cotisations sont, le plus souvent, indifférentes au risque encouru par chacun. La mutualité est une institution dépourvue de but lucratif. Elle est, dans ces conditions, nettement plus accessible.

3. Quels que soient leurs avantages, l'assurance et la mutualité comportent certaines limites :

- L'inadaptation à la prise en charge de certains risques et charges insusceptibles d'une prévision un tant soit peu précise (chômage), voire dépourvus de tout caractère véritablement aléatoire (charges de famille).
- L'insuffisante solidarité découlant du caractère purement volontaire de la souscription d'un contrat d'assurance ou de l'adhésion à une mutuelle.
- Le coût des cotisations, *a fortiori* des primes d'assurance pour les personnes aux revenus les plus modestes.

§5 - UNE TECHNIQUE AMBIVALENTE : L'ASSISTANCE

1. L'assistance peut s'autoriser d'origines fort anciennes. Traduction du devoir de charité, elle découle ainsi, pour une part, de l'action des institutions religieuses (on connaît le rôle des congrégations et confréries religieuses auprès des pauvres dans la France de l'Ancien Régime). L'État pourvoit également à la prise en charge des plus défavorisés, la politique d'assistance procédant à la fois de la volonté de lutter contre la pauvreté et du souci de préserver l'ordre public (on a pu parler ainsi de « renfermement des pauvres »).

2. Souvent fonction des circonstances (famines, épidémies, guerres) et des institutions, publiques ou privées, qui y concourent, l'assistance traditionnelle n'assurait qu'une couverture limitée des risques et aléas de l'existence. Elle revêtait, par ailleurs, un caractère quelque peu humiliant pour ceux qui en bénéficiaient.

Elle n'a pas pour autant disparu. La Révolution française a tenté, d'une certaine manière, de lui donner ses lettres de noblesse en instituant le *droit aux secours publics* (érigé en une dette sacrée par la Constitution montagnarde du 24 juin 1793). Elle subsiste de nos jours sous la forme de l'aide sociale et connaît même un véritable retour en force du fait du développement de la pauvreté dans les pays riches et de la crise de la sécurité sociale (v. *infra*, troisième partie, chap. I).

> SECTION 2

La période classique : la protection des travailleurs salariés et l'aménagement des techniques dérivées

Deux événements caractérisent, du point de vue de l'histoire économique et sociale, la première moitié du XIX^e siècle : le premier, d'ordre économique, conduit à la *révolution industrielle* qui entraîne le développement d'une catégorie sociale nouvelle : le salariat ; le second, d'ordre politique et juridique, se traduit par la disparition des cadres socio-professionnels traditionnels qui concouraient à la fois à réguler les rapports au sein des

métiers et professions et à garantir une protection minimale à leurs membres face aux risques de l'existence, au profit de l'*individualisme libéral*, qui laisse l'ouvrier seul face à l'employeur (tel est l'effet, en France, du décret d'Allarde des 2 et 17 mars 1791 et de la loi La Chapelier des 14 et 17 juin 1791 qui mettent fin aux métiers, corporations et jurandes et font obstacle à la constitution des groupements professionnels).

L'application sans nuances des principes de l'économie libérale se traduit, dans les pays européens où l'industrie prend son essor (notamment en Grande-Bretagne et en Allemagne, à un moindre degré en France), par l'émergence d'une nouvelle catégorie socioprofessionnelle : la classe ouvrière (également appelée le prolétariat), que caractérise sa vulnérabilité extrême aux risques sociaux. C'est de l'appréhension du phénomène que naissent, au cours de la seconde moitié du XIX^e siècle, les premières mesures originales de prise en charge des risques. La *question sociale* se confondra d'ailleurs durablement avec la *question ouvrière*.

Cette évolution se traduit, principalement, par l'aménagement des techniques traditionnelles de manière à répondre à la nature particulière des risques encourus par les salariés de l'industrie. Ces techniques dérivées n'en conduisent pas moins, à l'occasion, à des solutions originales qui préfigurent les principes de la sécurité sociale.

§1 - LA RÉPARATION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

1. S'il entendait obtenir une réparation de l'employeur, le salarié victime d'un accident dans l'accomplissement de son travail, devait établir une faute, au sens de l'article 1382 du Code civil, à la charge de son employeur. Une telle preuve s'avérait fréquemment difficile : les règles de la responsabilité civile répondaient, en effet, malaisément à des accidents dus bien souvent à une cause inconnue, à la force majeure, voire à une faute de la victime ou à une faute d'un autre salarié. Il convenait également pour le salarié d'engager à l'encontre de son employeur une procédure complexe et coûteuse devant les juridictions civiles. Une réforme s'imposait donc qui soumette les accidents du travail à des règles mieux appropriées.

De longues années furent nécessaires, le patronat se refusant, durablement, à toute évolution sur ce point. Est-ce la crainte de voir la responsabilité de l'employeur systématiquement engagée en cas d'accident du travail ? Toujours est-il qu'une loi fut enfin adoptée en 1898, deux années à peine après l'intervention de l'arrêt *Veuve Teffaine* (Civ., 16 juin 1896), qui consacrait le principe de la responsabilité du fait des choses que l'on a sous sa garde en application de l'article 1384 du Code civil.

2. La loi du 9 avril 1898 dote ainsi l'indemnisation des accidents du travail d'un régime juridique propre : elle institue la responsabilité *automatique* de l'employeur (sur le fondement du risque) en cas d'accident du travail, mais n'ouvre au salarié victime que le bénéfice d'une réparation *forfaitaire* (couverture des frais médicaux et indemnisation de la perte de gain). Seule une faute caractérisée de l'employeur est de nature à ouvrir droit à la victime à une réparation plus étendue.

Souvent présentée, d'un point de vue symbolique, comme la loi fondatrice de notre système de sécurité sociale, la loi du 9 avril 1898 ne s'en inscrit pas moins, du point de vue juridique, dans le cadre du droit de la responsabilité civile : elle institue, par dérogation aux dispositions des articles 1382 et s. du Code civil, un régime spécial de responsabilité civile propre aux accidents du travail.

3. La loi du 9 avril 1898 fit l'objet de plusieurs modifications d'importance :

- Diverses lois intervinrent pour en élargir le champ d'application à de nouvelles catégories de travailleurs (salariés du commerce, salariés de l'agriculture, personnel domestique, etc.) ;
- La loi du 31 mars 1905 ouvre aux victimes d'un accident du travail la faculté, lorsque l'employeur a souscrit une assurance, d'agir directement à l'encontre de l'assureur pour obtenir le versement des indemnités qui lui sont dues ;
- La loi du 25 octobre 1919 reconnaît également droit à indemnisation au salarié atteint de l'une des affections d'origine professionnelle figurant dans un tableau (à l'origine, il n'existe que trois tableaux).

4. L'institution de la sécurité sociale conduit, en 1946, à intégrer la couverture des accidents du travail dans le nouveau régime général dont elle constitue l'une des branches. Désormais partie intégrante de la sécurité sociale, celle-ci n'en conserve pas moins une originalité qu'elle doit à la pérennité des conceptions qui ont présidé à l'adoption de la loi du 9 avril 1898.

§2 - LA NAISSANCE DES ASSURANCES SOCIALES

La prévoyance collective s'est appliquée, dès la première moitié du XIX^e siècle, à la prise en charge des risques sociaux, donnant naissance à de nombreuses sociétés de secours mutuels. Quoiqu'encouragé par les pouvoirs publics, le développement de la prévoyance collective se heurte cependant à des difficultés tenant en particulier à l'insuffisance des ressources des caisses de secours mutuels. C'est à ces difficultés qu'entend remédier la création des assurances sociales.

A. Les assurances sociales en Allemagne

1. L'institution des assurances sociales en Allemagne s'inscrit dans un contexte bien précis : le chancelier Bismarck entend faire échec au développement des mouvements socialistes en engageant une politique d'amélioration du sort de la population ouvrière. Adoptées en 1883 (assurance maladie), en 1884 (assurance accidents du travail) et en 1889 (assurance invalidité et vieillesse), plusieurs lois vinrent doter ainsi les salariés de l'industrie d'un ensemble d'*assurances sociales*.

2. Telles qu'instituées par Bismarck, les assurances sociales comportent trois caractéristiques majeures :

- Elles sont obligatoires (du moins pour les ouvriers aux revenus les plus modestes : plafond d'affiliation).
- Elles couvrent l'ensemble des risques (santé, retraite, risques professionnels). On remarquera en particulier que la protection contre les accidents du travail échappe aux règles de la responsabilité civile et constitue l'un des risques couverts par les assurances sociales.
- Leur financement repose sur le partage des cotisations entre le salarié et l'employeur : à la cotisation due par le salarié, s'ajoute une cotisation à la charge de l'employeur. Les cotisations sont assises non sur l'évaluation des risques, mais sur les salaires ou gains professionnels.

3. L'institution des assurances sociales en Allemagne a exercé une influence certaine sur l'évolution des systèmes de protection sociale. Dès la fin du XIX^e siècle, d'autres États se

sont inspirés des principes adoptés par le chancelier Bismarck et se sont dotés, principalement au profit des salariés, de systèmes d'assurances sociales (tel est le cas, par ex., du *National Insurance Act* adopté en Grande-Bretagne en 1911).

B. Les assurances sociales en France

1. Les assurances sociales n'ont vu le jour que tardivement en France. Certes, les pouvoirs publics ont encouragé, dès le milieu du XIX^e siècle, le développement de la mutualité et de la prévoyance collective, soumis, à la fin du siècle, les accidents du travail à un régime juridique propre (loi du 9 avril 1898) et réformé en profondeur, au début du XX^e siècle, l'assistance. Les assurances sociales n'ont connu, en revanche, aucune application véritable avant la Première guerre mondiale, réserve faite de l'institution des *retraites ouvrières et paysannes* (loi du 5 avril 1910). Limitées au seul risque vieillesse, celles-ci se révélèrent toutefois un échec, ne serait-ce qu'en raison du caractère purement facultatif de l'affiliation au régime.

La question des assurances sociales prit une nouvelle tournure au lendemain de la Première guerre mondiale du fait du retour à la mère patrie des trois départements d'Alsace et de Moselle, dont les habitants bénéficiaient des assurances sociales instituées trente ans plus tôt par Bismarck. Les pouvoirs publics durent affronter l'opposition tant du patronat que des milieux médicaux, voire de certains syndicats de salariés. La première loi promulguée le 5 avril 1928 se heurta à de telles manifestations de rejet que le Parlement dût remettre l'ouvrage sur le métier (loi du 30 avril 1930).

2. Reprenant les principes formulés en Allemagne, les assurances sociales instituées par la loi du 30 avril 1930 se caractérisent ainsi :

- Elles s'étendent aux travailleurs salariés de l'industrie et du commerce dont la rémunération est comprise en deçà d'un seuil déterminé (plafond d'affiliation).
- Elles couvrent les risques liés à la maladie, à la maternité, à l'invalidité, à la vieillesse et au décès et constituent ainsi un ensemble de cinq assurances.
- Elles sont financées par des cotisations assises sur les salaires et supportées pour partie par le salarié et pour partie par l'employeur ; le taux est alors fixé à 8 % (4 % à la charge du salarié, 4 % à la charge de l'employeur).
- Leur gestion repose sur le principe du libre-choix de l'organisme assureur par l'assuré (mutuelle, caisse d'entreprise, caisse confessionnelle, etc.) ; la loi institue cependant dans chaque département une caisse d'assurances sociales pour ceux qui ne souhaitent pas être affiliés par l'intermédiaire d'un autre organisme.

§3 - LES PRESTATIONS FAMILIALES

1. La compensation des charges familiales est née après la Première guerre mondiale, en particulier en France et en Belgique, de l'initiative privée : souvent inspirés des principes de la doctrine sociale de l'Église catholique, certains employeurs entendirent faire bénéficier ceux de leurs salariés qui avaient des charges de famille d'un complément de revenu : le *sursalaire familial*. Soucieux de limiter l'incidence des charges en résultant pour leurs entreprises, les employeurs constituèrent fréquemment entre eux des caisses de compensation. Au début des années trente, deux cent trente caisses de compensation couvraient ainsi plus de trente mille entreprises et deux millions de salariés ; un quart d'entre eux bénéficiait alors du versement du sursalaire familial.

2. La loi du 11 mars 1932 procède à la généralisation du sursalaire familial. Elle rend, en effet, obligatoire pour l'ensemble des employeurs de l'industrie, du commerce, de l'agriculture et des professions libérales l'adhésion à une caisse de compensation de manière à ouvrir droit au bénéfice du sursalaire familial à ceux de leurs salariés ayant des charges de famille. D'autres pays catholiques (la Belgique dès 1930, l'Italie, l'Espagne ou le Brésil ultérieurement) se sont dotés de législations de même nature.

3. La dégradation inquiétante de la démographie française conduit les pouvoirs publics, à la veille de la Seconde guerre mondiale, à l'adoption d'une mesure plus radicale : suivant les dispositions du *Code de la famille* (telle est l'appellation que l'on appliquera, en définitive, aux dispositions du décret-loi du 29 juillet 1939 relatif à la famille et à la natalité), la compensation des charges familiales est étendue à l'ensemble de la population active, y compris les travailleurs indépendants ; le sursalaire familial cède la place aux *allocations familiales*.

4. Cette première généralisation, à l'ensemble des salariés, puis à l'ensemble des actifs, préfigure les mesures de généralisation qui prévaudront une fois la Sécurité sociale instituée. C'est au 1^{er} janvier 1978 que le droit aux prestations familiales sera étendu à l'ensemble de la population sans condition d'activité.

> SECTION 3

L'époque contemporaine : de l'avènement à la crise de la sécurité sociale

Jusqu'à la Seconde guerre mondiale, le développement de la protection sociale s'est appliqué, pour l'essentiel, à la situation des salariés, voire de certains salariés (le mécanisme du plafond d'affiliation tend ainsi à exclure les cadres du champ d'application des assurances sociales) et demeure à la fois fragmentaire et hétérogène. Les réflexions nées au cours du second conflit mondial ont déterminé un renouvellement en profondeur des conceptions mêmes qui président à la prise en charge des risques et aléas de l'existence, qui conduiront à l'avènement d'une institution nouvelle, la Sécurité sociale, fondée sur les principes de la solidarité nationale. Soixante ans plus tard, la remise en cause de l'État Providence, dont elle constitue l'un des fleurons, n'est pas sans effet sur la Sécurité sociale.

§1 - LE RENOUVELLEMENT DES CONCEPTIONS : LE RAPPORT BEVERIDGE

A. Les prémices

1. Le renouvellement des conceptions est amorcé dès les années trente. Pour venir à bout de la crise économique qui, depuis 1929, ravage les États-Unis, entraînant un chômage de masse sans précédent, le président F. D. Roosevelt (élu en 1932) n'hésite pas à répudier les dogmes de l'économie libérale pour s'engager dans une politique audacieuse d'intervention de la puissance publique dans le domaine économique et social. C'est dans cette perspective qu'est adopté le *Social Security Act* du 14 août 1935, qui institue sous l'égide de l'État fédéral un régime d'assurance vieillesse pour l'ensemble des salariés et confie aux États fédérés le soin de pourvoir à la protection des chômeurs moyennant des concours financiers fédéraux.

Du *Social Security Act* adopté le 14 août 1935, on ne retiendra pas seulement qu'il constitue sans doute la première mention dans un texte officiel de l'expression « Sécurité sociale », mais également et plus encore :

- que la loi associe dans une même perspective la solution de la crise économique et de la protection contre les risques sociaux : ces mesures s'inscrivent en effet dans le cadre d'une politique d'ensemble tendant à la relance de l'activité économique et à la redistribution des revenus (politique du *New Deal*) ;
- qu'elle tend à appréhender les problèmes de la protection sociale dans une perspective globale et cohérente, esquissant ainsi la notion de politique sociale, sinon de plan de sécurité sociale.

2. Le système de protection sociale adopté, en 1938, par la Nouvelle-Zélande s'inscrit dans une perspective plus radicale encore. Préfigurant quelque peu les conceptions que Beveridge retiendra quelques années plus tard, il tend en effet à couvrir l'ensemble de la population contre l'ensemble des risques. Qui plus est, il conduit, selon la formule de l'*emergency*, à garantir à chacun un minimum vital en toutes circonstances, et recourt à cette fin au financement par l'impôt.

B. Le rapport Beveridge

1. La publication, le 20 novembre 1942, du rapport Beveridge (*Social Insurance and Allied Services*) doit être marquée d'une pierre blanche dans l'histoire de la Sécurité sociale, tant celui-ci traduit une conception radicalement nouvelle de la protection contre les risques et aléas de l'existence.

2. C'est en juin 1941 que le gouvernement britannique dirigé par W. Churchill charge William Beveridge (qui deviendra *Sir William Beveridge* après la guerre) de procéder à une revue d'ensemble des mesures de protection sociale existantes et de formuler des propositions de réforme.

Fort du mandat qui lui est confié, W. Beveridge ne s'en tient pas à de simples mesures d'adaptation ou d'amélioration, mais propose d'instituer un système radicalement nouveau qui n'ait d'autre objet que de « libérer l'homme du besoin ». Pour W. Beveridge, le système de sécurité sociale ne peut être fondé que sur trois principes (les trois « U ») :

- Le principe de l'*universalité* : le système doit couvrir l'ensemble de la population contre l'ensemble des risques.
- Le principe de l'*unité* : la couverture des risques doit s'inscrire dans le cadre d'un système unique, composé d'un *service national de santé* (*National Health Service*), accessible à tous gratuitement et financé par l'impôt, et d'un *service national d'assurances sociales* (*National Insurance*), appelé à servir les prestations en espèces et financé par des cotisations.
- Le principe de l'*uniformité* : le système doit garantir les mêmes prestations pour tous, à savoir un minimum vital, indépendamment des revenus perçus antérieurement par l'assuré. Il s'y ajoute la gratuité des soins.

3. On ajoutera que les conceptions retenues par le rapport Beveridge s'inscrivent, plus largement, dans le contexte d'ensemble du renouvellement des conceptions de l'économie, que caractérisent, à la suite des enseignements de J. M. Keynes, le soutien de l'activité économique, la recherche du plein-emploi et l'intervention de l'État. On doit d'ailleurs à Beveridge un second rapport au titre évocateur : *Du plein emploi dans une société libre*).

§2 - LE DÉVELOPPEMENT DES SYSTÈMES DE SÉCURITÉ SOCIALE

Le rapport Beveridge a exercé une influence considérable sur l'évolution des systèmes de protection sociale. Certes, peu nombreux sont les États à avoir opté résolument, en définitive, pour un système fondé sur les principes d'universalité, d'unité et d'uniformité. La majorité d'entre eux a retenu toutefois la nécessité d'une appréhension d'ensemble des problèmes posés par la protection contre les risques sociaux (d'où la multiplication, d'un État à l'autre, des « plans de sécurité sociale ») et la vocation universelle, à terme au moins, du système de sécurité sociale.

A. La création des systèmes de sécurité sociale

1. La fin de la Seconde guerre mondiale se traduit, dans bien des États, par l'adoption de réformes d'ensemble des systèmes de protection sociale. De nombreux facteurs concourent à cette évolution, qui tiennent à la situation démographique (pertes liées au conflit, dégradation de l'état sanitaire de la population), à l'état de l'économie (destruction des entreprises et des transports, endettement) ou encore à la modification des rapports de force politiques au profit des mouvements favorables à la transformation de la société et de l'État.

Succédant à des dispositifs souvent fragmentaires, notoirement insuffisants, la sécurité sociale tend à la couverture de l'ensemble de la population contre les risques sociaux dans le cadre d'une organisation cohérente. Elle participe, plus largement, de l'évolution du rôle de l'État qui veille désormais aux grands équilibres économiques et sociaux par une politique d'intervention active (nationalisation des secteurs de l'énergie, des transports, de la banque et de l'assurance, planification économique, contrôle des prix et des salaires, etc.).

2. L'appréciation doit être toutefois nuancée.

Dans certains pays, l'effort a été mené à son terme dans les années qui suivent la fin du conflit : en Grande-Bretagne ainsi, le gouvernement met en œuvre les propositions du rapport Beveridge. Trois lois successives traitent des allocations familiales (loi du 15 juin 1945), de l'indemnisation des accidents du travail (loi du 26 juill. 1946) et des assurances sociales (loi du 1^{er} août 1946) ; la loi du 6 novembre 1946 donne naissance enfin au *National Health Service*, qui garantit l'accès gratuit aux soins à l'ensemble de la population.

Il n'en est pas allé ainsi dans tous les pays. Pour des motifs tenant soit aux difficultés économiques, soit à la résistance de certaines catégories socioprofessionnelles (tel est le cas, par ex., des membres des professions libérales, des entrepreneurs individuels, des agriculteurs, voire des cadres salariés), l'institution d'un système cohérent a souvent pour partie échoué ; l'institution de la Sécurité sociale n'aura d'autre effet, dès lors, que l'amélioration, parfois substantielle, des dispositifs existants, et bien des années seront nécessaires encore pour étendre le champ d'application de la protection sociale et harmoniser la couverture des risques et son financement. La situation de la France donne la mesure de ces difficultés (v. *infra*, chap. II).

3. Selon qu'ils se sont inspirés des propositions formulées par le rapport Beveridge, ou sont demeurés fidèles aux principes qui caractérisaient, à la suite des réformes opérées par Bismarck à la fin du XIX^e siècle, les choix retenus, à la Libération, par les différents systèmes nationaux conduisent à distinguer, sinon à opposer, les systèmes *bismarckiens* et les systèmes *beveridgiens*.

La distinction des deux systèmes découle de l'opposition des conceptions qui les animent respectivement :

- Le système bismarckien repose sur une conception de la protection sociale fondée sur l'appartenance à une catégorie socioprofessionnelle dans le cadre de régimes distincts, fortement contributifs (les cotisations sont assises principalement sur les revenus d'activité ; les prestations sont fonction pour une part essentielle des cotisations versées). Il privilégie le principe de la *solidarité socioprofessionnelle*.
- Le système beveridgien opte en faveur d'un système de protection sociale fondé sur la résidence sur le territoire national ; il tend moins à la couverture des risques au sens étroit du terme qu'à la garantie d'un minimum (prestations forfaitaires) et recourt à l'impôt pour son financement. Il s'inscrit dans le cadre du principe de la *solidarité nationale*.

L'opposition des deux systèmes ne saurait être exagérée. On observera en particulier que bien des systèmes nationaux empruntent à la fois aux deux conceptions. Ainsi le système français demeure-t-il articulé, aujourd'hui encore, en régimes socioprofessionnels ; il ne s'en étend pas moins, s'agissant des prestations familiales et de la prise en charge des soins, à l'ensemble de la population et recourt par ailleurs, pour près d'un tiers, à des ressources qui s'apparentent à l'impôt (Contribution sociale généralisée).

B. La reconnaissance du droit à la sécurité sociale

1. L'institution de la Sécurité sociale revêt, naturellement, un caractère technique : elle traduit l'utilisation de techniques de prise en charge des risques et aléas de l'existence qui caractérisent la vocation de la Sécurité sociale à étendre, à terme, à l'ensemble de la population, le caractère obligatoire de l'affiliation au système, la mutualisation des risques à travers des règles de financement appropriées (cotisations assises sur les revenus professionnels et/ou impôt) ou encore le contrôle de l'État. Elle est également douée d'un caractère politique, l'institution de la Sécurité sociale répondant, dans l'esprit de ses initiateurs, à une conception nouvelle de l'organisation de la société et du rôle de l'État.

Cette conception a conduit, en particulier, à ériger le *droit à la sécurité sociale* au nombre des droits fondamentaux. Le droit à la sécurité sociale prend place ainsi au sein des droits économiques et sociaux, qui viennent compléter les libertés publiques traditionnelles issues de la philosophie politique du XVIII^e siècle. Si la question n'était pas nouvelle (elle avait été évoquée ainsi, en France, lors de la Révolution de 1848 et de l'avènement de la II^e République), c'est à la Libération que les droits sociaux reçoivent leur consécration dans les textes.

2. La consécration du droit à la sécurité sociale s'est inscrite, en France, dans le cadre des principes de la *démocratie économique et sociale*, qui tendaient, dans l'esprit né de la Résistance, tout à la fois à compléter les libertés publiques traditionnelles des droits à caractère économique et social, et à étendre au-delà de l'exercice du pouvoir politique les règles de la démocratie, par exemple pour la gestion des entreprises ou des services publics.

Certes, le droit constitutionnel français ne consacre pas, explicitement, le droit à la sécurité sociale. Il range toutefois au nombre des « principes politiques, économiques et sociaux particulièrement nécessaires à notre temps » la garantie de la protection de la santé, de la sécurité matérielle, du repos et des loisirs, et le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence pour tout être humain qui se trouve dans l'incapacité de travailler en raison de son âge, de son état physique ou mental ou de la situa-

tion économique (Préambule de la Constitution du 27 oct. 1946, 11^e alinéa). Ces dispositions fondent, dans notre droit constitutionnel, le droit à la santé et à la protection sociale, dont le respect s'impose au législateur.

3. Le droit à la sécurité sociale peut également s'autoriser de plusieurs instruments internationaux de protection des droits de l'homme.

Parmi ceux-ci, on mentionnera plus particulièrement :

- La Déclaration universelle des droits de l'homme (10 déc. 1948) : elle reconnaît à toute personne « en tant que membre de la société », le droit à la sécurité sociale (art. 22).
- La Charte sociale européenne : adoptée au début des années soixante, révisée au milieu des années quatre-vingt-dix, elle traite abondamment des droits à la protection sociale (droit à la santé, institution de la sécurité sociale, assistance et développement des services sociaux).

Aux déclarations et chartes qui proclament solennellement le droit à la santé et à la sécurité sociale, on ajoutera les instruments qui assignent aux États qui les souscrivent des normes minimales quant à leur système de protection sociale. Certains de ces instruments ont une vocation universelle (tel est le cas de la Convention n° 102 de l'Organisation internationale du travail), d'autres s'appliquent au sein de l'Europe (il en va ainsi du Code européen de sécurité sociale élaboré sous l'égide du Conseil de l'Europe).

§3 - LA CRISE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

1. La sécurité sociale se heurte, depuis deux à trois décennies, à de multiples difficultés qui mettent en cause son équilibre financier. Le déficit récurrent des systèmes de sécurité sociale que suit l'adoption de mesures, plus ou moins étendues, de réforme des prestations et des cotisations, rythme désormais la vie de l'institution dans la plupart des États. Il en résulte une véritable « crise » de la sécurité sociale dont les manifestations ne sont pas seulement financières.

2. Pour une part, les difficultés auxquelles la Sécurité sociale est confrontée découlent de l'évolution des conditions dans lesquelles elle est appelée à se développer :

- Certaines difficultés tiennent à l'évolution de la *démographie* : l'allongement de la durée de la vie et le vieillissement de la population pèsent à la fois sur les dépenses de santé et de retraite et réduit, proportionnellement, le nombre des actifs, dont les cotisations demeurent la première source du financement des systèmes de sécurité sociale.
- Les difficultés sont également d'ordre *économique* : le chômage de masse qui frappe, peu ou prou, les sociétés développées depuis trente ans accroît les dépenses des systèmes de sécurité sociale (indemnisation du chômage, développement des pré-retraites, départ précoce en retraite) et diminue leurs ressources. Par ailleurs, l'évolution de l'économie aidant (progrès de l'automatisation, gains de productivité), la reprise de la croissance économique ne se traduit plus par une réduction significative du chômage. Enfin les contraintes de l'économie mondialisée conduisent à la réduction des coûts du travail et exercent ainsi leurs effets sur les capacités de financement des systèmes de sécurité sociale.

3. La crise de la sécurité sociale procède également de causes politiques. Née à la Libération, la Sécurité sociale s'inscrivait dans une perspective novatrice, soucieuse de pro-

mouvoir chacun au sein d'une société plus ouverte aux exigences du bien commun et de la solidarité, sous l'égide d'un État fortement interventionniste. Fortement relayés sur le plan international et européen, la remise en cause de l'État Providence et le renouveau du capitalisme conduisent à la contestation, dans son principe même, de l'institution de la Sécurité sociale, que d'aucuns jugent incompatibles avec les règles de l'économie de marché et de la concurrence.

4. La crise de la sécurité sociale conduit, non sans quelque paradoxe, au retour en force des techniques traditionnelles de protection contre les risques et aléas de l'existence :

- Il en va ainsi d'un côté, dans les domaines de la retraite, de la santé et de la dépendance, de l'épargne et de l'assurance, les opérateurs commerciaux (institutions financières et assureurs) drainant ainsi la clientèle fortunée pour constituer un véritable marché de la protection contre les risques souvent favorisé par des mesures fiscales et sociales (exonération ou réduction des prélèvements obligatoires sur les primes versées aux organismes assureurs).

- À l'opposé, l'assistance connaît de nouveaux développements pour la prise en charge (sous la forme de prestations minimales) de ceux qui échappent désormais, notamment en raison du chômage prolongé, au champ d'application des systèmes de sécurité sociale et ne peuvent accéder aux prestations des opérateurs privés.

> CHAPITRE II

L'INSTITUTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE EN FRANCE ET SON ÉVOLUTION

De même que bien d'autres pays, la France a entendu se doter, au lendemain de la Libération, d'un système de sécurité sociale cohérent ayant vocation à s'étendre à terme à l'ensemble de la population. Portée en particulier par Pierre Laroque (1907-1997), cette ambition s'est heurtée, malheureusement, à de multiples oppositions et si elle est aujourd'hui à peu près réalisée, ce ne fut pas sans difficultés, ni renoncements.

> SECTION I

Les origines : le plan français de sécurité sociale et l'ordonnance du 4 octobre 1945

La Sécurité sociale naît en France en 1945 au lendemain de la libération du territoire et de l'installation à Paris du Gouvernement provisoire de la République. Si l'institution s'inspire des principes du rapport Beveridge, elle ne s'en inscrit pas moins dans un contexte national qui lui confère son originalité.

§1 - LE PLAN FRANÇAIS DE SÉCURITÉ SOCIALE

1. La France n'était pas dépourvue, antérieurement à la Seconde guerre mondiale, d'institutions, ni de mesures concourant à la protection sociale. Le système s'avérait toutefois fragmentaire : si la compensation des charges de famille était étendue à l'ensemble de la population active, le champ d'application de l'indemnisation des accidents du travail et des assurances sociales demeurait limité aux salariés, voire à certaines d'entre eux (plafond d'affiliation), sans compter les régimes propres à certaines catégories de salariés dotés d'un ensemble de prestations plus favorables (cheminots, mineurs, fonctionnaires, etc.).

La tâche à accomplir était donc immense en 1945. C'est sous l'égide de Pierre Laroque que s'engage, avant même la fin des hostilités, la réflexion sur l'institution de la Sécurité sociale, qui conduira à l'adoption de l'ordonnance du 4 octobre 1945.

2. Le plan français s'inspire, naturellement, des principes formulés par le rapport Beveridge : il tend ainsi à la couverture, à terme au moins, de l'ensemble de la population dans le cadre d'une organisation unifiée. Les auteurs du plan entendent toutefois procéder par étapes, la nouvelle organisation de la Sécurité sociale étant appelée ainsi à réunir dans un premier temps l'ensemble des dispositifs existants avant de s'étendre, dans un second temps, à d'autres catégories sociales et à d'autres risques.

3. Parmi les choix effectués par le plan français, on retiendra également :

- L'accent mis sur les risques liés à la santé et sur les charges de famille : eu égard à la situation démographique et économique de la France, les auteurs du plan ont préféré concentrer les efforts sur la reconstitution de la population française. Contrairement aux solutions retenues dans d'autres pays (Grande-Bretagne, États-Unis, Allemagne), le chômage ne figure pas, en revanche, parmi les risques couverts par la Sécurité

sociale ; il est vrai qu'il n'avait jamais pris, en France, les proportions que d'autres pays avaient pu connaître au cours des années trente.

- L'adoption pour les soins des principes de l'assurance-remboursement : le plan français s'est refusé à opter pour la constitution d'un système national de santé et la garantie de la gratuité des soins. La prise en charge des soins devra s'accommoder ainsi des relations souvent difficiles avec les professions de santé et les établissements de soins.
- La garantie de prestations déterminées en fonction des revenus antérieurs : le plan français n'a pas retenu le principe des prestations forfaitaires cher au rapport Beveridge. Financé par des cotisations assises sur les revenus d'activité, le système français est appelé à verser des prestations en espèces (indemnités journalières, pensions et rentes) dont le montant est fonction des revenus antérieurs.

§2 - L'INSTITUTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE : L'ORDONNANCE DU 4 OCTOBRE 1945

1. La mise en œuvre du plan français de sécurité sociale est entreprise sans tarder. Dès l'automne 1945, le Gouvernement provisoire de la République française dirigé par le Général de Gaulle entend instituer la Sécurité sociale : tel est l'objet de l'*ordonnance n° 45-2250 du 4 octobre 1945* portant organisation de la Sécurité sociale, qui constitue l'acte de naissance de la Sécurité sociale dans notre pays.

2. Des dispositions de l'ordonnance du 4 octobre 1945, plus précisément des dispositions de son article 1^{er}, on retiendra trois points essentiels :

- Elle institue, dans son principe même, la Sécurité sociale, laquelle est « destinée à garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain, à couvrir les charges de maternité et les charges de famille qu'ils supportent » (al. 1^{er}).
- Elle intègre dans l'immédiat à la nouvelle institution l'ensemble des dispositifs existants : indemnisation des accidents du travail, assurances sociales, allocations familiales, régimes spéciaux (al. 2).
- Elle prévoit, d'une part, l'harmonisation des législations existantes, d'autre part, l'extension, à terme, du champ d'application de l'organisation de la Sécurité sociale à de nouvelles catégories de bénéficiaires, à de nouvelles catégories de risques et à de nouvelles prestations (al. 3).

3. L'ordonnance du 4 octobre 1945 édicte, par ailleurs, les dispositions essentielles relatives à l'organisation administrative et financière de la Sécurité sociale, à la tutelle de l'État ou encore au contentieux de la sécurité sociale. On y trouve ainsi bien des dispositions qui subsistent aujourd'hui encore, moyennant modification, dans notre droit de la sécurité sociale : le principe de la mise en demeure préalable à toute action en recouvrement des cotisations découle ainsi des dispositions de l'ordonnance du 4 octobre 1945 (art. 46).

> SECTION 2

L'extension de la sécurité sociale dans la dispersion (1946-1978)

La mise en œuvre du plan de sécurité sociale s'est heurtée, dès 1946, à l'hostilité de certaines catégories socioprofessionnelles, qui ont fait échec à la généralisation et *a fortiori*

à l'unité de la Sécurité sociale. De la sorte, si la Sécurité sociale a progressivement étendu son emprise, c'est, non sans délai, au prix de la dispersion entre de multiples régimes.

§1 - L'ÉCHEC DU PLAN DE 1945

Pierre angulaire du plan de sécurité sociale conçu par Pierre Laroque, le « régime général » devait accueillir, à terme, l'ensemble de la population active, voire l'ensemble de la population conformément aux deux principes d'universalité et d'unité formulés par Beveridge. Pour étendu qu'il soit, le régime général ne s'est appliqué, en définitive, qu'à la majorité des travailleurs salariés de l'industrie et du commerce.

A. L'assujettissement des salariés : les limites du régime général

1. Les dispositions de l'ordonnance du 4 octobre 1945 maintenaient en vigueur les différents *régimes spéciaux* propres à certaines catégories de salariés (mineurs, cheminots, personnels des industries électriques et gazières). Ces dispositions ne valaient toutefois qu'à titre transitoire, les régimes spéciaux devant être intégrés, moyennant adaptation et harmonisation de leurs règles constitutives, au régime général.

Bénéficiant d'une protection souvent plus étendue (notamment dans le domaine de la retraite), les salariés qui bénéficiaient d'un régime spécial se sont opposés à l'intégration au sein du régime général par crainte de perdre une partie de leurs avantages. Les pouvoirs publics se sont inclinés, de sorte que les régimes spéciaux ont subsisté en dépit de leurs difficultés financières croissantes.

2. Si les assurances sociales excluaient de leur champ d'application les salariés dont la rémunération excédait un seuil déterminé (plafond d'affiliation), le champ d'application du régime général s'est appliqué, dès 1945, à l'ensemble des salariés (hors régimes spéciaux) sans distinction.

Les cadres ont obtenu toutefois que les cotisations ne soient perçues qu'en deçà d'un seuil déterminé (plafond de cotisations). La formule a permis aux cadres de disposer ainsi de marges de manœuvre pour le financement d'avantages complémentaires qui leur soient propres. C'est dès 1947 que naît, par la voie de la négociation collective, le régime de retraite complémentaire des cadres (régime AGIRC).

B. L'assujettissement des travailleurs indépendants

1. L'opposition des travailleurs indépendants : commerçants et artisans, entrepreneurs individuels, membres des professions libérales, est plus vive encore. Si les intéressés acceptent dans son principe leur assujettissement à l'assurance vieillesse, ils entendent demeurer en dehors du régime général ; ils refusent, par ailleurs, toute extension de l'assurance maladie.

2. Revenant sur une première loi du 13 septembre 1946 tendant à l'extension, au 1^{er} janvier 1947, de l'assurance vieillesse à l'ensemble de la population active, les pouvoirs publics se résolurent à doter les travailleurs indépendants d'un ensemble de *régimes autonomes d'assurance vieillesse* (loi du 17 juill. 1948). Ont été institués ainsi :

- un régime d'assurance vieillesse propre aux entrepreneurs individuels de l'industrie et du commerce (régime ORGANIC) ;
- un régime d'assurance vieillesse propre aux artisans (régime CANCAVA) ;
- un ensemble de régimes propres aux professions libérales réunies en sections professionnelles (notaires, médecins, experts-comptables, etc.) coiffées par la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL).

- Les avocats conservent, par ailleurs, leur autonomie, leur régime d'assurance vieillesse relevant de la Caisse nationale des barreaux français (CNBF), indépendante de la CNAVPL.

C. Le particularisme des professions agricoles

1. Le particularisme des professions agricoles a conduit à inscrire l'extension de la protection sociale des travailleurs de l'agriculture, salariés et exploitants agricoles, dans le cadre de régimes à part dont la gestion relève de la *Mutualité sociale agricole*.
2. Les salariés agricoles relèvent d'un régime propre : le régime des salariés agricoles, qui offre les mêmes garanties que le régime général. Il a été purement et simplement aligné sur le régime général par la loi de finances pour 1963 qui met d'ailleurs le déficit du régime à la charge du régime général.
3. Les exploitants agricoles ont été dotés, selon la formule retenue pour les travailleurs indépendants, d'un régime autonome d'assurance vieillesse (loi du 10 juill. 1952).

§2 - L'EXTENSION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Si les premières difficultés surviennent dès les années soixante-dix, notamment en matière de financement, les trois décennies qui suivent l'institution de la Sécurité sociale sont marquées par une extension continue de la protection contre les risques sociaux.

A. L'institution de nouveaux régimes de sécurité sociale

1. L'extension de la sécurité sociale prend, pour une part importante, la forme de la création de nouveaux régimes au profit de catégories socioprofessionnelles déterminées. On mentionnera ainsi :

- la création, au profit des travailleurs indépendants, du *régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles* (loi du 12 juill. 1966) ;
- la création, au profit des exploitants agricoles, d'une part, du *régime d'assurance maladie et maternité des exploitants agricoles (AMEXA)* (loi du 25 janv. 1961), d'autre part, d'une obligation d'assurance contre les accidents et les maladies professionnelles (loi du 22 déc. 1966) ;
- la création de régimes propres à des catégories particulières : régime d'assurance maladie et maternité des étudiants (loi du 23 sept. 1948) ; régime d'assurance vieillesse des ministres du culte (loi du 2 janv. 1978) ou encore régime des expatriés (loi du 27 juin 1980).

2. Les pouvoirs publics procèdent, parallèlement à la création de nouveaux régimes, à une réforme d'ensemble du régime général qui touche, pour l'essentiel, à l'organisation et au fonctionnement du régime. Les ordonnances du 21 août 1967 conduisent ainsi à la séparation des branches (santé, vieillesse, accidents du travail et famille), dont la gestion est confiée, désormais, à des organismes distincts coiffés, au sommet, par des organismes nationaux investis de pouvoirs étendus pour la gestion des risques.

B. La politique de généralisation de la sécurité sociale

1. Plus particulièrement menée au cours des années soixante-dix, la politique de *généralisation* de la sécurité sociale s'efforce d'étendre, dans les deux domaines des prestations familiales et de l'accès aux soins, le champ d'application de la sécurité sociale à l'ensemble de la population.

2. Pour la branche famille, la généralisation est réalisée par la loi du 2 janvier 1978 qui ouvre à l'ensemble de la population résidente le bénéfice des prestations familiales sans condition d'activité, ni de cotisation. La généralisation est ainsi achevée, qui plus est dans le cadre du seul régime général : la branche famille répond ainsi pleinement aux principes formulés par le rapport Beveridge.

3. La démarche s'est avérée plus délicate s'agissant de l'accès aux soins :

- Diverses lois adoptées, notamment en 1975 et en 1978, ont étendu, souvent pour une durée limitée, le bénéfice des prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime général à des diverses catégories (par ex. : jeunes gens libérés du service national, femmes divorcées ayant des enfants à charge, etc.). La mesure prend parfois la forme de la création d'un régime particulier au sein du régime général (par ex. : régime d'assurance maladie, maternité et invalidité des ministres du culte [loi du 2 janv. 1978]).
- Nombre de *populations intersticielles* échappant à tout recensement, la loi du 2 janvier 1978 donne naissance à l'*assurance personnelle* qui s'étend, d'une part, à toute personne qui cesse d'appartenir, à un titre ou à un autre, à un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité, d'autre part, à toute personne qui ne relève d'aucun régime. La généralisation demeure toutefois imparfaite dans la mesure où l'affiliation au régime de l'assurance personnelle n'est pas obligatoire.

C. L'amélioration de la couverture des risques

1. De nombreuses mesures interviennent tout au long de la période pour améliorer la couverture des risques :

- Santé : amélioration des conditions d'ouverture des droits, aménagement des rapports entre l'assurance maladie et les professions de santé (décret du 12 mai 1960 et loi du 16 juill. 1971).
- Vieillesse : amélioration des prestations (loi du 31 déc. 1971), abaissement à 60 ans de l'âge d'ouverture du droit à une pension au taux normal (ordonnance du 26 mars 1982).
- Famille : généralisation du droit aux prestations (loi du 2 janv. 1978), diversification des prestations assortie de leur modulation en fonction des ressources.

2. Les pouvoirs publics s'efforcent, parallèlement, de réduire les différences entre les régimes :

- l'*harmonisation* des prestations tend à l'alignement des prestations des autres régimes sur les conditions du régime général, notamment en matière de retraite ;
- les mesures de *compensation* répondent à la détérioration des structures démographiques de certains régimes que double pour certains d'entre eux l'insuffisance des capacités contributives (par ex. régime minier). Elles conduisent à mettre à la charge des régimes plus favorisés (principalement le régime général) une contribution au financement des autres régimes.

D. Le développement de la protection sociale complémentaire

1. Les années soixante et soixante-dix sont également marquées par une amélioration de la couverture des risques. Cette amélioration prend, pour une part importante, la voie de la *protection sociale complémentaire*.

2. Pour les salariés, le développement de la protection sociale complémentaire emprunte, principalement, la voie de la négociation collective. Il en résulte en particulier :

- l'institution du régime d'assurance chômage géré paritairement par les partenaires sociaux dans le cadre des Assedic (convention collective nationale du 31 déc. 1958);
 - l'institution des régimes complémentaires de retraite : au régime unique pour les cadres issu de la convention collective nationale du 14 mars 1947, viennent s'ajouter de nombreux régimes ouverts à l'ensemble des salariés, progressivement réunis sous l'égide de l'UNIRS (accord du 15 mai 1957), puis de l'ARRCO (accord du 8 déc. 1961). La loi du 29 décembre 1972 est venue parachever le mouvement en rendant obligatoire l'affiliation à un régime complémentaire de tout salarié relevant du régime général au titre de l'assurance vieillesse.
3. Pour les travailleurs indépendants, le développement de la protection sociale complémentaire s'inscrit dans le cadre de leurs régimes d'assurance vieillesse. Les organismes relevant de l'ORGANIC, de la CANCAVA et de la CNAVPL sont appelés ainsi à pourvoir à la gestion de régimes complémentaires d'assurance vieillesse et de régimes d'invalidité et de décès.

§3 - LES ÉVOLUTIONS RÉCENTES

Dès la seconde moitié des années soixante-dix, les difficultés financières des régimes liées à la crise de l'emploi ont amené les gouvernements successifs à prendre des mesures restrictives en vue de rétablir l'équilibre financier (v. plans S. Veil et J. Barrot). Les années quatre-vingt marquent toutefois un véritable tournant dans l'évolution du système de sécurité sociale, qui n'échappe plus à des réformes en profondeur. Le bilan doit être toutefois nuancé.

A. L'extension de la protection sociale

1. Les pouvoirs publics parviennent enfin, en 1999, à parfaire l'accès aux soins. En instituant la *Couverture maladie universelle (CMU)*, la loi du 27 juillet 1999 étend à l'ensemble de la population résidente le bénéfice des prestations en nature des assurances maladie et maternité.

La CMU s'étend, au besoin par provision, à toute personne qui ne relève pas (ou ne relève plus) à titre d'assuré ou d'ayant droit, d'un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité. Elle donne lieu, pour ceux dont les revenus excèdent un seuil déterminé à une cotisation assise sur l'ensemble des revenus et perçue au taux de 8 %.

La CMU est assortie, pour ceux des assurés dont les revenus sont inférieurs au seuil de cotisation, d'une *couverture maladie complémentaire (CMUC)* : si celle-ci est prise en charge par la collectivité sous la forme d'un forfait, l'assuré dispose du libre-choix de l'organisme assureur (organisme de sécurité sociale, mutuelle, assureur, etc.).

2. Les travailleurs indépendants et les exploitants agricoles ont bénéficié d'une extension de leurs droits à prestations :

- **Travailleurs indépendants** : la loi du 23 décembre 2000 aligne sur les règles propres au régime général les modalités de prise en charge des soins (la mesure conduit, en particulier, à faire disparaître la règle antérieure de la prise en charge à 50 % seulement des soins de ville); une ordonnance du 31 mars 2005 opte pour la réunion en une organisation unique, d'une part, du régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles, d'autre part, des régimes d'assurance vieillesse des entrepreneurs individuels de l'industrie et du commerce (ORGANIC) et des artisans (CANCAVA) et donne naissance au *Régime social des indépendants (RSI)*.

- **Exploitants agricoles** : la loi du 30 novembre 2001 substitue à l'obligation d'assurance contre les risques professionnels un régime d'assurance accidents du travail qui reprend en les adaptant les principes du régime général (régime AAEXA) ; la loi du 4 mars 2002 dote, de même, les exploitants agricoles d'un régime complémentaire d'assurance vieillesse.

3. Il convient également de mentionner les réformes engagées dans le cadre de l'aide sociale :

- La loi du 1^{er} décembre 1988 institue ainsi le *Revenu minimum d'insertion* (RMI), récemment complété par le *Revenu minimum d'activité* et transféré au département (loi du 18 déc. 2003).
- La loi du 20 juillet 2001 institue au profit des personnes âgées dépendantes l'*allocation personnalisée d'autonomie* (APA), qui s'est substituée à la *prestation spécifique dépendance* créée quelques années plus tôt à titre expérimental. La réforme a été complétée par la loi du 30 juin 2004 qui a institué, notamment, la *Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie*.

B. La politique des réformes

1. Dès les années quatre-vingt, la Sécurité sociale a fait l'objet de réformes qui tendent, indépendamment des effets immédiats qui en sont attendus sur les ressources et les charges, à en modifier la conception d'ensemble. On relèvera ainsi :

- le développement de la politique de maîtrise des dépenses de santé ;
- le durcissement des conditions d'ouverture des droits à pension (loi du 22 juill. 1993) ;
- la refonte du dispositif d'indemnisation du chômage (ordonnance du 21 mars 1984) et le durcissement des conditions d'ouverture des droits ;
- le recours à de nouvelles ressources et, notamment, à la *contribution sociale généralisée* (CSG) assise sur l'ensemble des revenus de l'ensemble de la population (loi du 30 déc. 1990).

2. Le gouvernement de M. Alain Juppé entendit procéder, en 1995-1996, à une réforme d'ensemble de la Sécurité sociale touchant à la fois les prestations (notamment l'universalisation de la couverture maladie), l'aménagement du système de soins et de ses rapports avec l'assurance maladie, l'organisation administrative et le financement.

Du plan Juppé, on retiendra en particulier l'institution des *lois de financement de la sécurité sociale* (loi constitutionnelle du 22 févr. 1996) et l'aménagement du régime de la dette antérieure des régimes dont l'apurement est confié à la *Caisse d'amortissement de la dette sociale* (CADES), qui perçoit, en particulier, une nouvelle contribution assise sur l'ensemble des revenus au taux de 0,5 % : la *contribution pour le remboursement de la dette sociale* (CRDS).

3. Depuis 1996, les gouvernements ont poursuivi les efforts entrepris :

- Assurance vieillesse : réforme des retraites (loi du 21 août 2003), réforme des régimes spéciaux de retraite (décrets des 15 janv. et 15 févr. 2008) ;
- Assurance maladie : modification des règles de tarification et de prise en charge des soins (loi du 13 août 2004) ;
- Financement : recours accru à la CSG (dont le taux est passé de 1,3 % en 1991 à 7,5 % en 1998), projet de réforme du financement (TVA sociale).

Tableau 1.- ÉTENDUE DU SYSTÈME FRANÇAIS DE SÉCURITÉ SOCIALE

Régimes complémentaires de retraite (AGIRC-ARRCO)	Régime d'assurance chômage (salariés)	
	Maladie, maternité, invalidité et décès (salariés + catégories particulières)	Régime général
	Accidents du travail (salariés et assimilés)	
	Assurance vieillesse (salariés et assimilés)	
	Prestations familiales (population résidente)	
	Régimes spéciaux de salariés	
Régimes complémentaires : retraite, invalidité, décès (par profession)	Régime d'assurance maladie et maternité (tous les travailleurs indépendants)	Régime social des indépendants
	Assurance vieillesse des artisans	
	Assurance vieillesse des entrepreneurs individuels de l'industrie et du commerce	
Régimes complémentaires : Retraite, invalidité et décès	Assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL – CNBF)	
Régimes complémentaires : retraite	Régime des salariés agricoles (tous risques)	Mutualité sociale agricole
Régimes complémentaires : retraite	Régime autonome d'assurance vieillesse des exploitants agricoles	
	Régime d'assurance maladie et maternité des exploitants agricoles (AMEXA)	
	Régime d'assurance accidents de travail des exploitants agricoles (AAEXA)	

Tableau 2.- LE SYSTÈME FRANÇAIS DE SÉCURITÉ SOCIALE

PERSONNES PROTÉGÉES	ÉVENTUALITÉS	CADRE DE LA PROTECTION
Salariés de l'industrie et du commerce	<p>Accidents du travail et maladies professionnelles</p> <p>—</p> <p>Maladie</p> <p>Maternité</p> <p>Invalidité vieillesse</p> <p>Décès /</p> <p>Veuvage</p> <p>—</p> <p>Charges familiales</p> <p>Chômage</p>	<p>Régime général pour la grande majorité des salariés (complété par des régimes complémentaires pour la vieillesse)</p> <p>—</p> <p><i>Régimes spéciaux</i> pour certaines catégories de salariés et certains risques</p> <p>Régime général</p> <p>Assurance-chômage et régime de solidarité</p>
Salariés de l'agriculture	<p>Accidents du travail et maladies professionnelles</p> <p>—</p> <p>Maladie</p> <p>Maternité</p> <p>Invalidité</p> <p>Vieillesse</p> <p>Décès</p> <p>Veuvage</p> <p>Charges familiales</p> <p>Chômage</p>	<p>Régime agricole (Caisses de mutualité sociale agricole)</p> <p>Régime général (Prestations servies par l'intermédiaire des organismes de la MSA)</p> <p>Assurance-chômage et régime de solidarité</p>

PERSONNES PROTÉGÉES	ÉVENTUALITÉS	CADRE DE LA PROTECTION
Professions indépendantes de l'industrie et du commerce Professions artisanales Professions libérales	Maladie Maternité Vieillesse éventuellement Inval. Décès Charges familiales	Régime autonome Régimes autonomes (Régimes complémentaires) Régime général
Exploitants agricoles	Accidents du travail et maladies professionnelles Vieillesse Maladie Maternité Invalidité Charges familiales	Régime autonome (AAEXA) Régime autonome Régime autonome (AMEXA) Régime général (Prestations servies par l'intermédiaire des organismes de la MSA)
Ministres des cultes	Maladie Maternité Invalidité Vieillesse Charges familiales	Rattachement au régime général Régime autonome Régime général
Aucune activité professionnelle ou activités diverses	Maladie Invalidité Vieillesse Charges familiales	<ul style="list-style-type: none"> • Rattachement au régime général (p. ex. : jeunes libérés du service national; femmes divorcées sans emploi). • Couverture maladie universelle • Aide sociale (Étrangers en situation irrégulière) • Régime général

> CHAPITRE III

LE DROIT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Le *droit de la sécurité sociale* peut être défini, d'une manière générale, comme l'ensemble des règles de droit qui s'appliquent à l'organisation et au fonctionnement de la Sécurité sociale, à la distribution de ses prestations et au financement de ses charges. Il procède également, indépendamment des règles techniques qui le composent, d'un ensemble de principes qui lui confèrent une originalité certaine au sein de notre droit.

> SECTION I

Les caractères du droit de la sécurité sociale

1. Si la couverture des risques sociaux, notamment les assurances sociales ou le sursalaire familial, s'inscrivait initialement dans le cadre du droit du travail (voire du *droit ouvrier* selon la formule en usage avant la Seconde guerre mondiale), le droit de la sécurité sociale s'est détaché de celui-ci dès la naissance de l'institution. Deux raisons au moins expliquent cette évolution : la première tient au champ d'application de la sécurité sociale qui ne s'est plus étendu seulement aux salariés, mais également à d'autres catégories socioprofessionnelles (travailleurs indépendants, exploitants agricoles), voire à l'ensemble de la population sans distinction ; la seconde à la nature même de la Sécurité sociale, érigée en service public répondant aux exigences du principe de la solidarité nationale et relevant de l'autorité de l'État.

Le droit de la sécurité sociale constitue-t-il pour autant une *branche du droit* ? La réponse ne peut qu'être nuancée. Force est de constater que le droit de la sécurité sociale a acquis, au fil du temps, une réelle autonomie au regard des autres branches du droit, qu'elles relèvent du droit civil ou bien du droit public. Il s'avère non moins distinct des règles de droit qui s'appliquent aux autres formes de protection sociale, qu'il s'agisse de l'aide sociale, de la mutualité, de la prévoyance et de la retraite complémentaire et *a fortiori* de l'épargne et de l'assurance.

2. Le droit de la sécurité sociale entretient des rapports, parfois complexes, avec les autres branches du droit :

- Le droit civil : s'il est souvent indifférent aux règles du droit de la famille (mais il est des exceptions : la pension de réversion est réservée au conjoint survivant), le droit de la sécurité sociale fait application, en revanche, de certaines règles du droit des obligations (par ex. : répétition de l'indu, responsabilité des organismes).
- Le droit du travail : des liens privilégiés subsistent entre les deux matières, par exemple pour la définition du salarié (droit du travail) et du travailleur dépendant (droit de la sécurité sociale).
- Le droit administratif : celui-ci trouve à s'appliquer, en particulier, chaque fois que l'État est appelé à intervenir dans l'organisation et le fonctionnement de la sécurité sociale (par ex. : exercice des pouvoirs de tutelle).
- Le droit des finances publiques : l'institution des lois de financement de la sécurité sociale conduit, depuis une douzaine d'années, à l'application dans le domaine du financement de la sécurité sociale de principes inspirés du droit des finances publiques.

- Le droit économique : essentiellement axé sur l'économie, le développement du droit communautaire exerce ses effets sur la sécurité sociale (liberté d'établissement des professionnels de santé, gestion des couvertures complémentaires, etc.).
3. Le droit de la sécurité sociale comporte plusieurs caractéristiques majeures :
- Il revêt ainsi un caractère accentué d'*ordre public* : la règle de droit s'impose tant aux usagers du service public (bénéficiaire des prestations, redevable des cotisations, professionnel de santé, etc.) qu'aux organismes eux-mêmes. Nul ne peut se dérober à l'application des règles du droit de la sécurité sociale, en recourant par exemple à des conventions dérogatoires.
 - Il procède d'une logique *statutaire* : les rapports entre les organismes de sécurité sociale et leurs usagers ne s'inscrivent pas dans un *contrat*, mais dans un *statut* légal et réglementaire ; l'usager est placé ainsi à l'égard de la règle de droit dans une situation légale et réglementaire, à charge pour l'organisme de faire application des règles de droit en recourant à des *décisions unilatérales* (par ex. : affiliation d'un assuré, attribution d'une prestation, redressement des cotisations).
 - Il répond au principe de *territorialité* : la règle française s'applique sur l'étendue du territoire français (y compris les départements d'outre-mer) autant aux nationaux qu'aux étrangers qui y résident. Si son application peut faire l'objet d'aménagements au moyen d'instruments internationaux ou européens, la règle de droit de la sécurité sociale revêt ainsi, au sens du droit international privé, le caractère d'une *loi de police*.
4. Le droit de la sécurité sociale doit enfin, pour une part essentielle, son originalité à la dévolution du contentieux. Alors même que la Sécurité sociale était érigée en service public, le législateur opta, en 1946, en faveur de l'attribution aux juridictions de l'ordre judiciaire du contentieux des litiges se rapportant à l'application des législations et réglementations de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole (v. *infra*, Sect. 2, §3, 3).

> SECTION 2

Les sources du droit de la sécurité sociale

De même que les autres branches du droit, le droit de la sécurité sociale repose sur un ensemble de sources relevant du droit interne et du droit international et européen, dont il appartient à la jurisprudence de préciser l'articulation et la portée.

§1 – LES SOURCES RELEVANT DU DROIT INTERNE

1. Le droit de la sécurité sociale peut s'autoriser, en premier lieu, de sources *constitutionnelles*, dont le respect s'impose, en particulier, au législateur.
- Les dispositions du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 (auquel renvoie le Préambule de la Constitution du 4 oct. 1958) consacrent ainsi, d'une part, le droit à la *protection de la santé*, d'autre part, le droit à des *moyens convenables d'existence* (11^e alinéa). Ces dispositions étendent leurs effets à la sécurité sociale ainsi qu'à l'aide et à l'action sociales.
 - Le financement de la sécurité sociale doit également répondre aux exigences de la Constitution. Ainsi les ressources (cotisations et contributions) doivent-elles respecter le principe de l'*égalité devant les charges publiques* formulé par la Déclaration des

droits de l'homme et du citoyen du 26 août 1789 (art. 13) ; de même l'équilibre financier de la sécurité sociale répond-t-il à une exigence de valeur constitutionnelle.

- Le législateur doit enfin, lorsqu'il intervient dans le domaine de la sécurité sociale, respecter le principe d'*égalité* : c'est, par exemple, au regard du principe d'égalité que le Conseil constitutionnel a jugé que les étrangers résidant régulièrement en France devaient accéder aux prestations sociales dans les mêmes conditions que les nationaux.

2. Les sources *législatives* et *réglementaires* occupent une place de choix au sein du droit de la sécurité sociale.

À la fois quantitative (le Code de la sécurité sociale compte à lui seul plusieurs milliers d'articles législatifs et réglementaires) et qualitative, l'importance des sources législatives et réglementaires s'explique aisément : le système français de sécurité sociale revêt, en effet, le caractère d'un *système légal*, institué par l'État, organisé et contrôlé par celui-ci et régi, dès lors, par les normes édictées par ses soins.

L'édition des normes législatives et réglementaires repose, en particulier, sur la répartition opérée par la Constitution (art. 34 et 37) entre les matières qui relèvent de la loi, et celles qui relèvent du pouvoir réglementaire. La Constitution réserve ainsi à la loi le soin de fixer les *principes fondamentaux de la sécurité sociale*. Il en résulte que le législateur est exclusivement compétent pour déterminer les règles essentielles du droit de la sécurité sociale, à charge pour le Gouvernement d'en préciser, par décret, les modalités d'application. Ainsi seule la loi peut subordonner à des conditions d'âge et d'affiliation antérieure le droit à pension de retraite ; mais c'est au pouvoir réglementaire que revient le soin de fixer précisément l'âge et le nombre de trimestres de cotisations nécessaires.

Suivant les dispositions de l'article 38 de la Constitution, le Parlement peut habiliter le Gouvernement à prendre par voie d'*ordonnances*, pendant un délai limité, des mesures qui relèvent normalement du domaine de la loi. Il a été recouru à plusieurs reprises à la formule dans le domaine de la sécurité sociale, par exemple pour procéder à la réforme de l'organisation du régime général en 1967 (ordonnance du 21 août 1967) ou à l'abaissement à soixante ans de l'âge d'obtention d'une pension de retraite au taux plein (ordonnance du 26 mars 1982). La mise en œuvre du plan Juppé a également donné lieu, en 1996, à l'adoption d'une série d'ordonnances des 24 janvier et 24 avril 1996.

Les sources législatives et réglementaires du droit de la sécurité sociale ont fait l'objet d'une importante *codification*. Prenant le relais du premier code édicté en 1956, le *Code de la sécurité sociale* adopté en 1985 rassemble l'essentiel des dispositions législatives et réglementaires (à l'exception des dispositions réglementaires relevant de simples arrêtés) intéressant la sécurité sociale ainsi que certaines prestations sociales (par ex. : allocation de solidarité aux personnes âgées) et la prévoyance et les régimes de retraite complémentaires et supplémentaires. Les dispositions propres à la mutualité sociale agricole subsistent toutefois dans le corps du *Code rural*.

3. Deux autres catégories de sources doivent enfin être mentionnées :

- Les sources issues de la *négociation collective* : leur place n'est pas négligeable dans le droit de la sécurité sociale au sens étroit du terme (v. les conventions entre l'assurance maladie et les professions de santé et établissements de soins). Elle s'impose, plus encore, dans le domaine de l'indemnisation du chômage (le régime d'assurance chômage repose ainsi pour partie sur une convention conclue entre les partenaires sociaux et rendue exécutoire par les pouvoirs publics) et dans le domaine de la pré-

voyance et de la retraite complémentaire et supplémentaire (la majorité des régimes sont issus de la négociation collective).

- La *doctrine administrative* : la sécurité sociale secrète de multiples instruments (circulaires et instructions, réponses aux questions écrites des parlementaires, prises de position sur la situation des usagers) qui viennent expliquer, préciser, compléter, voire contredire les sources tant législatives et réglementaires qu'internationales et européennes. *A priori* dépourvue de toute portée juridique, la doctrine administrative n'en exerce pas moins, en pratique, des incidences sur les rapports entre les organismes et leurs usagers et c'est pourquoi la loi et la jurisprudence lui attachent certains effets dans le souci de la protection des usagers.

§2 – LES SOURCES RELEVANT DU DROIT INTERNATIONAL ET EUROPÉEN

1. Le droit de la sécurité sociale est également tributaire des sources de droit qui relèvent du droit international et des droits européens (droit communautaire et droit de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales). Les règles internationales et européennes l'emportent en effet, par le jeu des dispositions de l'article 55 de la Constitution du 4 octobre 1958, sur les lois et les règlements nationaux dont l'application doit être écartée lorsqu'ils s'avèrent incompatibles avec une règle internationale ou européenne.

2. L'incidence des traités et accords internationaux s'exerce à deux niveaux :

- Les traités bilatéraux (ou multilatéraux) de sécurité sociale ont pour objet d'aménager les rapports entre les systèmes nationaux de sécurité sociale pour résoudre les difficultés auxquelles sont exposés ceux qui relèvent (ou bien échappent), successivement ou simultanément, des systèmes des États signataires : ce sont les instruments de *coordination* (v. *infra*, première partie, chap. IV, sect. 3).
- Certains traités internationaux s'appliquent à assigner aux États qui y souscrivent, de véritables obligations quant à l'aménagement et à la gestion de leur système de sécurité sociale. Tel est le cas, en particulier, de la Convention n° 102 de l'Organisation internationale du travail qui fixe une *norme minimale* en matière de sécurité sociale.

3. Le droit issu des traités communautaires (l'ancien traité de Rome devenu le traité CE) exerce également ses effets sur le droit de la sécurité sociale :

- Le principe de la libre circulation des travailleurs a conduit à la définition d'un ensemble de règles de *coordination* des systèmes de sécurité sociale des États membres de l'Union. Tel est l'objet du règlement n° 1408/71/CE du 14 juin 1971 qui doit d'ailleurs prochainement céder la place au règlement n° 883/2004/CE du 29 avril 2004.
- Les principes économiques de la construction européenne exercent également, on l'a souligné précédemment, une incidence sur le droit de la sécurité sociale. Certes, chaque État membre conserve la maîtrise de son propre système de sécurité sociale, mais il doit se garder, dans l'aménagement et la gestion de celui-ci, de faire obstacle aux principes économiques du traité.

4. Le droit issu du Conseil de l'Europe s'est davantage attaché à la proclamation et à la protection des droits fondamentaux :

- Certains instruments adoptés par le Conseil de l'Europe se rapportent exclusive-

ment aux droits sociaux : il en va ainsi du *Code européen de sécurité sociale* et de la *Charte sociale européenne*.

- La *Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales* s'applique essentiellement aux libertés publiques traditionnelles, mais elle a donné lieu à une interprétation dynamique de la Cour européenne des droits de l'homme, qui en étend les effets au domaine des droits sociaux (v. *infra*, première partie, chap. IV, sect. 3).

§3 – LE RÔLE DE LA JURISPRUDENCE

1. Il n'est pas inutile de souligner enfin le rôle de la jurisprudence dans le droit de la sécurité sociale. C'est aux juridictions, appelées à faire application des sources écrites et, ce faisant, à en préciser la portée, à en déterminer l'articulation ou encore à s'assurer de leur validité, que revient le soin, en définitive, de façonner le droit de la sécurité sociale et d'en dégager au fil des années, à l'occasion de l'examen des litiges qui leur sont soumis, les principes fondateurs qui lui donnent une unité et une cohérence d'ensemble.

2. La diversité des sources du droit de la sécurité sociale aidant, le développement de la jurisprudence revêt un caractère multiple : la jurisprudence constitutionnelle et la jurisprudence administrative dans l'ordre interne concourent à la constitution du droit de la sécurité sociale, de même que la jurisprudence de la Cour de justice des Communautés européennes et la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme dans l'ordre international et européen.

3. Une mention particulière doit être réservée toutefois à la jurisprudence de la *Cour de cassation*. Le législateur ayant entendu principalement confier aux juridictions relevant de l'ordre judiciaire le contentieux de la sécurité sociale, c'est à la Cour de cassation qu'est revenu le soin de procéder, pour l'essentiel, à l'interprétation et à l'application des règles du droit de la sécurité sociale, d'en définir les notions majeures et les principes directeurs. La jurisprudence de la Cour de cassation s'avère sur ce point singulièrement originale : appelée à interpréter et à faire application de règles au caractère accentué d'ordre public dans des litiges touchant, au plus haut point, la mise en œuvre d'une mission de service public, la Cour de cassation a entendu, en effet, forger un corps de règles de droit sans équivalent dans notre système juridique qui accordent, en définitive, les exigences du service public aux grands principes du droit civil, et donner naissance ainsi, au fil du temps, à un véritable *droit administratif judiciaire*, somme toute plus respectueux des droits de l'usager que le droit administratif traditionnel.

La jurisprudence de la Cour de cassation imprime ainsi un caractère particulier aux règles qui s'appliquent, en particulier, aux rapports entre les organismes et leurs usagers. Elle a été amenée, par exemple, à s'interroger sur les conditions dans lesquelles un organisme pouvait retirer ou abroger ses décisions, ou bien un usager invoquer à l'encontre d'un organisme les positions prises antérieurement par celui-ci ; de même a-t-elle précisé la portée des dispositions régissant les opérations de contrôle et de redressement des cotisations menées par les organismes de recouvrement, exigeant, par exemple, que ceux-ci procèdent, à peine de nullité, au respect du principe du contradictoire et à la motivation précise de la mise en demeure adressée avant recouvrement forcé.

PREMIERE PARTIE

L'ARCHITECTURE DU SYSTÈME DE SÉCURITÉ SOCIALE

INTRODUCTION

1. S'il tend, en définitive, à couvrir l'ensemble de la population active, voire pour certains risques (la prise en charge des soins et la compensation des charges de famille), l'ensemble de la population, le système français de sécurité sociale s'articule, aujourd'hui encore, en une pluralité de régimes :

- En dépit de son appellation, le *régime général* lui-même n'étend ses effets, réserve faite de la branche famille et, pour partie, de la branche maladie, qu'aux seuls travailleurs salariés de l'industrie et du commerce hors *régimes spéciaux*.
- Ces derniers subsistent pour tout ou partie des risques en dépit des déséquilibres démographiques et économiques dont ils sont affectés.
- Les travailleurs indépendants relèvent d'une famille de régimes autonomes d'assurance vieillesse et d'un régime d'assurance maladie et maternité.
- La protection sociale des agriculteurs s'inscrit enfin dans le cadre de la mutualité sociale agricole qui pourvoit à la gestion d'un ensemble de régimes qui s'appliquent aux salariés agricoles et aux exploitants agricoles.

2. La pluralité des régimes de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole ne doit pas masquer pour autant l'unité profonde du système de sécurité sociale, à laquelle les pouvoirs publics n'ont cessé d'œuvrer au fil du temps :

- La couverture des risques a fait l'objet ainsi de mesures d'*harmonisation* de sorte qu'elle obéit le plus fréquemment aujourd'hui, d'un régime à l'autre, à des règles semblables. On en voudra pour exemples la prise en charge des soins et la réforme des conditions d'ouverture des droits aux pensions de retraite (v. *infra*, deuxième partie, chap. I et II).
- Le financement de la sécurité sociale associe désormais aux cotisations traditionnelles assises sur les revenus professionnels un ensemble de contributions qui répondent, plus directement, aux exigences de la solidarité nationale (tel est le cas, au premier chef, de la contribution sociale généralisée). Il s'inscrit par ailleurs dans une conception d'ensemble qu'est venue concrétiser l'institution des lois de financement de la sécurité sociale.
- L'organisation et le fonctionnement des organismes de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole, les relations qu'ils entretiennent avec leurs usagers, l'aménagement du contentieux ont également conduit à un rapprochement certain des règles applicables aux différents régimes.

> CHAPITRE I

L'ARTICULATION DES RÉGIMES : LES RÈGLES D'ASSUJETTISSEMENT

INTRODUCTION

1. Le système français de sécurité sociale repose, on l'a souligné, sur un ensemble de régimes, chacun couvrant, pour tout ou partie des risques, une partie de la population. Au fil du temps, les différences entre les régimes se sont atténuées : l'harmonisation des prestations et l'évolution des modes de financement tendent, en effet, à donner une cohérence d'ensemble au système. Les régimes n'en subsistent pas moins, l'appartenance à un régime plutôt qu'à un autre n'étant pas sans incidence. Il importe donc de connaître les règles d'assujettissement à chaque régime.
2. Du point de vue technique, il convient de distinguer :
 - l'*assujettissement* se rapporte à l'application même des règles substantielles qui déterminent le rattachement à un régime ;
 - l'*affiliation* s'applique, le plus souvent, à la procédure à suivre pour le rattachement d'une personne à un régime, voire à la détermination de l'organisme de rattachement. On relèvera toutefois que les dispositions du Code de la sécurité sociale emploient parfois le terme d'affiliation en lieu et place du terme d'assujettissement.
 - l'*immatriculation* revêt un caractère purement administratif (vérification des conditions d'assujettissement et délivrance de la carte d'assuré social).
3. L'application des règles d'assujettissement peut conduire à des conflits d'assujettissement. La jurisprudence s'est efforcée d'en limiter les conséquences :
 - Même erronée, une décision d'assujettissement ne peut être retirée rétroactivement lorsqu'elle est devenue définitive ; elle peut seulement être abrogée pour permettre l'assujettissement pour l'avenir de l'assuré au régime dont il relève.
 - En cas de conflit d'assujettissement, le juge doit mettre en cause l'ensemble des organismes gérant les régimes dont l'assuré est susceptible de relever.
4. L'exercice de différentes activités peut conduire une même personne à relever, simultanément ou successivement, de différents régimes de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole. Les règles de *coordination* ont pour objet de résoudre les difficultés qui pourraient résulter de telles situations.

Parmi les principales règles de coordination entre les régimes, on mentionnera :

- Les règles d'assujettissement proprement dites : l'assujettissement à certains régimes revêt ainsi un caractère *subsidaire* et s'efface au profit de l'assujettissement à un autre régime susceptible d'accueillir l'assuré (ainsi l'assujettissement au régime de la CMU cède-t-il le pas chaque fois que l'intéressé est susceptible de relever, en qualité d'assuré ou bien d'ayant droit, d'un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité) ; on observera toutefois que, d'ordinaire, l'exercice simultané de plusieurs activités entraîne, s'il y a lieu, l'assujettissement à chacun des régimes correspondants et l'obligation au paiement des cotisations afférentes aux revenus tirés de l'activité.
- Les règles relatives à l'*ouverture des droits* : s'agissant des prestations en nature des assurances maladie et maternité, la règle conduit, s'agissant d'une personne assujet-

tie simultanément à plusieurs régimes, à n'ouvrir les droits qu'au titre du régime de l'activité principale; les conditions d'ouverture des droits à pension tiennent compte, en revanche, des périodes d'assujettissement *tous régimes confondus*, moyennant ensuite proratisation de la pension servie par chacun des régimes en fonction de la durée d'assujettissement à celui-ci.

Il existe également des règles de coordination entre le système français de sécurité sociale et les systèmes des autres pays. Elles procèdent d'accords bilatéraux ou multilatéraux de sécurité sociale ou, au sein des Communautés européennes, d'un règlement communautaire (v. *infra*, chap. IV, sect. 3).

> SECTION I

Le régime général

Conçu par ses auteurs pour accueillir, à terme, l'ensemble de la population active, voire l'ensemble de la population, le régime général s'est limité en définitive, faute pour les pouvoirs publics d'avoir mené à terme l'application du plan de 1945, aux seuls salariés de l'industrie et du commerce (encore convient-il d'en excepter les salariés qui relèvent d'un régime spécial).

L'appréciation doit être toutefois nuancée. Régime phare du système de sécurité sociale, le régime général accueille ainsi :

- au titre de la branche famille, l'ensemble de la population résidente sans distinction;
- au titre de la branche maladie et maternité (prestations en nature), diverses catégories rattachées au régime général pour l'accès aux soins; s'y ajoute la majorité des assurés relevant de la Couverture maladie universelle.
- au titre de régimes particuliers (parfois dotés de leurs propres structures administratives), certaines catégories socioprofessionnelles (par ex. : les ministres du culte ou les artistes-auteurs);
- au titre de l'assurance volontaire (invalidité et vieillesse, accidents du travail), certaines personnes auxquelles la loi ouvre la faculté d'adhérer volontairement.

Sous ces réserves d'inégale importance, l'assujettissement au régime général n'est ouvert, en principe, qu'aux seuls travailleurs salariés de l'industrie et du commerce.

§1 – LE CRITÈRE DE LA SUBORDINATION

L'assujettissement au régime général procède, en principe, du critère de la *subordination*. La règle est assortie toutefois de certaines particularités.

A. La définition du lien de subordination

1. Suivant les dispositions de l'article L. 311-2 du Code de la sécurité sociale, « sont affiliées obligatoirement aux assurances sociales du régime général, quel que soit leur âge et même si elles sont titulaires d'une pension, toutes les personnes quelle que soit leur nationalité, de l'un ou de l'autre sexe, salariées ou travaillant à quelque titre et en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs et quels que soient le montant et la nature de leur rémunération, la forme, la nature ou la validité de leur contrat ». Les dis-

positions de l'article L. 411-1 du Code retiennent une même définition pour la détermination du champ d'application de la branche accidents du travail du régime général.

2. L'assujettissement au régime général repose ainsi sur trois éléments essentiels :

- la démonstration d'un lien de *subordination* entre le travailleur et le donneur d'ouvrage ;
- le versement d'une *rémunération* (qui doit correspondre, en principe, à la nature et à l'importance de l'activité exercée par le travailleur) ;
- l'existence d'un *contrat* ou d'une *convention* (peu importe toutefois sa forme, sa nature, voire sa validité).

3. Si les conditions tenant au versement d'une rémunération et à l'existence d'une convention ne suscitent guère la difficulté, la démonstration d'un rapport de subordination entre le travailleur et le donneur d'ouvrage a donné lieu à bien des interrogations. Les conditions en ont été rappelées par la Cour de cassation dans un arrêt *Société Générale c. URSSAF de la Haute-Garonne* (Soc., 13 nov. 1996, *Bull. civ. V*, n° 386 ; *Dr. soc.* 1996, p. 1067, note J.-J. Dupeyroux).

Pour la Cour de cassation, le rapport du travailleur au donneur d'ouvrage se traduit par la *subordination juridique* du premier au second. Le rapport de subordination juridique se caractérise par le pouvoir reconnu au donneur d'ouvrage de *s'immiscer dans l'exécution du travail*. Il y a plus précisément subordination lorsque le donneur d'ouvrage (l'employeur) peut donner des *ordres, instructions et directives* au travailleur (le salarié), en *contrôler l'exécution* et prendre des *sanctions* en cas d'inexécution ou d'exécution défectueuse.

Le critère de la subordination peut trouver à s'appliquer y compris lorsque l'activité du travailleur s'exerce dans le cadre d'un *service organisé* (par ex. : médecin exerçant au sein d'une clinique, travailleur exerçant une partie de son activité en dehors de l'entreprise). Il n'y a lieu toutefois à assujettissement du travailleur au régime général que pour autant que les conditions du service organisé sont déterminées *unilatéralement* par l'employeur.

4. L'application du critère de la subordination procède de l'appréciation des conditions dans lesquelles le travailleur exerce *dans les faits* son activité. Elle est indifférente à la qualification du contrat qui lie celui-ci au donneur d'ouvrage : celle-ci doit être écartée, dès lors qu'elle ne correspond pas aux conditions d'exercice de l'activité. Il appartient d'ailleurs au juge du fond de *caractériser* l'existence d'un lien de subordination et d'en faire ressortir les éléments constitutifs pour conclure à l'assujettissement au régime général.

L'assujettissement au régime général est susceptible ainsi d'étendre ses effets à nombre de travailleurs indépendamment de la nature de leur activité. La qualification est affaire d'espèce : ainsi un chercheur doit-il être affilié au régime général, si l'aide financière que lui apporte une entreprise ou un organisme est assortie d'un contrôle de son activité (prescription d'objectifs, compte rendu d'activité, etc.), mais non s'il demeure maître de ses recherches (par ex. : allocation d'une bourse d'études sans condition particulière).

5. Le critère de la subordination juridique est, aux termes de l'arrêt *Société Générale c. URSSAF de la Haute-Garonne*, commun au droit du travail et au droit de la sécurité sociale et s'applique ainsi à la fois à la définition du contrat de travail et à l'assujettissement au régime général.

B. La présomption de non assujettissement : la loi Madelin

1. Issues initialement de la loi du 11 février 1994 (dite *loi Madelin*), abrogées pour partie par la loi du 19 janvier 2000 et rétablies moyennant modification par la loi du 1^{er} août

2003, les dispositions de l'article L. 120-3 du Code du travail présument ne pas être liées par un contrat de travail les personnes physiques inscrites au registre du commerce et des sociétés, au répertoire des métiers, au registre des agents commerciaux ou auprès de l'URSSAF pour le paiement des cotisations allocations familiales, ainsi que les dirigeants des personnes morales inscrites au registre du commerce et des sociétés et leurs salariés.

La présomption revêt le caractère d'une présomption simple ; elle cède lorsqu'il est établi que l'intéressé exerce son activité dans des conditions qui le placent dans un lien de *subordination juridique* permanente à l'égard d'un donneur d'ouvrage.

2. Ces dispositions ont leur pendant dans le Code de la sécurité sociale (art. L. 311-11).

Suivant celles-ci, les personnes mentionnées à l'article L. 120-3 du Code du travail ne peuvent être assujetties au régime général que s'il est démontré que leur activité les place dans un lien de subordination juridique permanente à l'égard d'un donneur d'ouvrage. Il s'agit, de même, d'une présomption simple.

Toutefois les intéressés peuvent solliciter l'avis de l'URSSAF : si celle-ci conclut au non assujettissement au régime général ou qu'elle ne répond pas dans les deux mois, l'intéressé ne peut se voir imposer ultérieurement une affiliation au régime général que pour autant que les conditions d'exercice de son activité ont été substantiellement modifiées, ou que les éléments d'information qu'il avait fournis à l'URSSAF à l'appui de sa demande s'avèrent erronés.

§2 – L'ASSUJETTISSEMENT PAR VOIE D'ASSIMILATION

1. Les dispositions de l'article L. 311-3 du Code de la sécurité sociale énumèrent une longue liste de catégories socioprofessionnelles *assimilées* à des travailleurs dépendants. Leur assujettissement au régime général procède de leur seule qualité sans qu'il soit besoin de rapporter la preuve qu'ils exercent leur activité dans un rapport de subordination juridique à l'égard d'un donneur d'ouvrage.

Parmi les catégories énumérées à l'article L. 311-3 du Code, on mentionnera en particulier :

- les travailleurs à domicile ;
- les voyageurs et représentants de commerce ;
- les sous-agents d'assurance ;
- les dirigeants de société (gérants minoritaires de SARL, présidents-directeurs généraux et directeurs généraux des sociétés anonymes) ;
- les artistes du spectacle et mannequins ;
- les journalistes professionnels
- les vendeurs à domicile et les vendeurs-colporteurs et porteurs de presse ;
- les personnes qui créent ou reprennent une entreprise.

2. S'agissant de la branche accidents du travail, l'assujettissement par assimilation s'étend également à certaines catégories en raison de leur exposition à des risques de nature professionnelle. Il en va ainsi en particulier :

- des élèves des établissements d'enseignement technique ;
- des personnes qui effectuent un stage au titre de la formation professionnelle ou des actions de reconversion ou d'insertion professionnelles ;

- des détenus astreints au travail pénal ;
- des personnes qui participent à titre bénévole à l'activité de certains organismes et associations.

3. Certaines catégories d'assurés ne sont assujetties au régime général que pour une partie des risques : ainsi les avocats salariés relèvent-ils du régime général pour l'ensemble des risques à l'exception du risque vieillesse.

4. Le conjoint du chef d'entreprise peut être assujetti au régime général s'il participe effectivement, à titre professionnel et habituel, à l'entreprise ou à l'activité de son époux, et s'il perçoit un salaire correspondant au salaire normal de sa catégorie professionnelle (art. L. 311-6).

La loi du 10 juillet 1982 offre également au conjoint du chef d'entreprise la faculté d'opter pour le statut de conjoint collaborateur ou pour celui de conjoint associé non salarié.

> SECTION 2

Les autres régimes

L'assujettissement aux autres régimes procède, de même, de règles de droit qui leur sont propres.

§1 – LES RÉGIMES SPÉCIAUX

1. Institués de longue date au profit de certaines catégories professionnelles bien précises, les régimes spéciaux ont une assise étroite. L'assujettissement à un régime spécial procède ainsi, selon les cas, de l'exercice d'une profession déterminée, souvent soumise à un statut particulier (par ex. : mineurs, personnel des industries électriques et gazières, employés et clerks de notaire) ou de l'appartenance à un organisme ou à une entreprise déterminée (personnels de la SNCF, de la RATP ou de l'Opéra de Paris).

2. On précisera que certains régimes spéciaux ne couvrent qu'une partie des risques ; les intéressés sont assujettis pour les autres risques au régime général. Tel est le cas, par exemple, des fonctionnaires : s'ils disposent de leur propre régime de retraite et de leur propre couverture des risques professionnels, ils relèvent du régime général pour les prestations en nature des assurances maladie et maternité.

3. L'assise étroitement professionnelle des régimes spéciaux a conduit la Cour de justice des Communautés européennes à les assujettir au principe de l'égalité de traitement entre travailleurs masculins et travailleurs féminins en matière de rémunération et d'avantages sociaux annexes et à faire ainsi échec aux règles de liquidation des pensions plus favorables aux femmes (CJCE, 29 nov. 2001, *M. Griesmar*, aff. C-366/99, *JOCE*, C84 du 6 avril 2002, p. 8).

§2 – LES RÉGIMES DES TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS

1. Les travailleurs indépendants relèvent à la fois d'un régime autonome d'assurance vieillesse (il en est trois distincts : le régime ORGANIC, le régime CANCAVA et le régime des professions libérales, sans compter le régime des avocats), d'un régime unique d'assurance maladie et maternité et du régime général en ce qui concerne les prestations familiales.

2. Si l'expression « travailleur indépendant » est devenue d'usage courant, il n'existe pas, dans notre droit de la sécurité sociale, de définition positive du travailleur indépendant : les régimes propres aux commerçants, artisans, entrepreneurs individuels et membres des professions libérales portent d'ailleurs le nom évocateur de « régimes des travailleurs non salariés des professions non agricoles » (autrement dit les « non-non »). L'assujettissement aux régimes procède donc, d'une certaine manière, de l'application de critères résiduels.

3. L'assujettissement aux régimes des travailleurs indépendants demeure subordonné à l'exercice d'une *activité professionnelle*.

La jurisprudence s'avère en la matière bien nuancée :

- Ainsi une personne qui perçoit une redevance en contrepartie de l'engagement de ne pas utiliser son nom à des fins commerciales, n'exerce-t-elle aucune activité professionnelle et ne saurait ainsi être assujettie en qualité de travailleur indépendant.
- Une personne qui se livre à la prostitution, doit être considérée, en revanche, comme exerçant une activité professionnelle susceptible de donner lieu à assujettissement.

4. Si le champ d'application du régime d'assurance maladie et maternité s'étend à l'ensemble des travailleurs indépendants sans distinction, l'assujettissement aux différents régimes d'assurance vieillesse est parfois subordonné à des conditions particulières : l'affiliation au régime ORGANIC implique ainsi, en principe, la qualité de commerçant.

Pour étendre la couverture du risque vieillesse à l'ensemble des travailleurs indépendants, la loi du 2 janvier 1978 prévoit l'assujettissement au régime des professions libérales de ceux qui échappent aux critères d'assujettissement des autres régimes.

5. La Caisse nationale des barreaux français couvre le risque vieillesse pour l'ensemble des avocats en activité, y compris les avocats salariés. Ces derniers demeurent rattachés, pour les autres risques (assurances maladie, maternité, invalidité et décès), au régime général.

§3 – LES RÉGIMES AGRICOLES

La protection contre les risques sociaux des personnes qui travaillent dans l'agriculture, s'inscrit dans le cadre d'un ensemble de régimes à part, dont la gestion relève de la *Mutualité sociale agricole*. On distingue ainsi le régime des salariés agricoles (étendu à l'ensemble des branches) et trois régimes propres aux exploitants agricoles : le régime autonome d'assurance vieillesse, le régime d'assurance maladie et maternité (AMEXA) et le régime d'assurance accidents du travail (AAEXA). Si les salariés et les exploitants agricoles bénéficient des prestations familiales au titre du régime général, le service des prestations est assuré par les organismes de mutualité sociale agricole pour le compte du régime général.

Que le régime s'applique aux salariés agricoles ou bien aux exploitants agricoles, l'assujettissement est déterminé, principalement, par la nature de l'activité exercée.

A. La notion d'activité agricole

1. Le champ d'application des régimes agricoles est circonscrit aux activités agricoles (v. art. L. 722-1 et s. Code rural).

2. Les activités agricoles recouvrent, en premier lieu, les activités agricoles *par nature*. Ce sont les activités qui touchent à la production végétale ou animale.

On distingue trois catégories d'activités agricoles *par nature* :

- la mise en culture des sols à des fins productives (ce qui exclut, par ex., l'activité des parcs et jardins ou la profession d'architecte-paysagiste) ;
- l'élevage des animaux (y compris l'élevage dans les laboratoires, les activités hippiques et les zoos et parcs animaliers) ;
- l'exploitation des bois et forêts.

Il n'y a assujettissement que pour autant que l'exploitant se livre à une activité minimale : la simple perception des fruits et produits de la nature ne constitue pas une activité agricole *par nature*.

3. Les activités agricoles recouvrent également, en second lieu, les activités agricoles *par extension* :

- les activités qui s'inscrivent dans le prolongement d'une activité agricole *par nature* (par ex. : le conditionnement et la vente des produits de l'exploitation) ;
- les activités connexes et les activités au service de l'agriculture (drainage et préparation des sols, irrigation, etc.) ;
- l'activité des organismes et groupements agricoles : coopératives agricoles, fédérations professionnelles agricoles, sociétés agricoles, chambres d'agriculture, organismes de la Mutualité sociale agricole et du Crédit agricole, etc.

B. La distinction des salariés agricoles et des exploitants agricoles

1. La distinction des salariés agricoles et des exploitants agricoles traduit les particularités du monde agricole, qui ne s'accommodent pas sans peine de la distinction retenue dans les régimes non agricoles.

2. L'assujettissement au régime des salariés agricoles est soumis à deux conditions :

- le travailleur doit exercer son activité dans un rapport de *subordination juridique* à l'égard d'un donneur d'ouvrage : il convient d'appliquer le critère de la subordination juridique retenu pour le régime général (v. *supra*, sect. 1, §1).
- le donneur d'ouvrage (l'employeur) doit exercer une activité agricole *par nature* ou *par extension*. Il importe peu, en revanche, que le salarié exerce également une telle activité.

Aux salariés proprement dits, la loi assimile, pour des raisons sociales, les petits *métayers*, dont l'exploitation est inférieure à certains seuils (valeur du cheptel et revenu cadastral).

3. L'assujettissement aux régimes des exploitants agricoles procède de l'exercice d'une activité agricole *par nature* ou *par extension*.

La loi exige toutefois que celle-ci revête une importance minimale : ne doit être ainsi assujetti que celui dont l'exploitation est au moins égale à la moitié de la *surface minimale d'installation* fixée, dans chaque département, par le préfet (la SMI donne lieu à des coefficients correcteurs pour certaines activités, voire à un équivalent en heures de travail pour les activités qui ne se prêtent pas à une appréciation par référence à une surface).

L'assujettissement s'impose au chef d'exploitation. Il s'étend également, d'une part, aux *aides familiaux* (membres de la famille qui vivent sur l'exploitation et participent aux travaux effectués), d'autre part, aux *associés d'exploitation* lorsque l'exploitation s'inscrit dans le cadre d'une structure particulière (sociétés et groupements agricoles).

> CHAPITRE II

L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

L'organisation de la Sécurité sociale s'avère particulièrement originale. Elle repose, en effet, sur un ensemble d'organismes autonomes regroupés en fonction des régimes et des branches, sans exclure pour autant l'intervention de l'État. Qu'il se rattache à la tradition mutualiste ou s'autorise, plus radicalement, des principes de la démocratie économique et sociale énoncés à la Libération, le principe de la *gestion de la sécurité sociale par les représentants élus des intéressés* a durablement fait figure de principe directeur dans l'aménagement de notre système de sécurité sociale. Force est de constater toutefois qu'il revêt à présent un caractère essentiellement symbolique à la mesure de l'emprise croissante de la puissance publique sur l'organisation et la gestion de la Sécurité sociale.

> SECTION 1

L'organisation de la Sécurité sociale

L'articulation du système français en régimes, en fonction des catégories socioprofessionnelles auxquels ceux-ci s'appliquent, exerce naturellement ses effets sur son organisation. Si chaque régime est normalement doté de son organisation propre, l'évolution récente conduit à des regroupements (tel le RSI) ainsi qu'à la création d'organismes communs (l'UNCAM).

§1 – L'ORGANISATION DU RÉGIME GÉNÉRAL

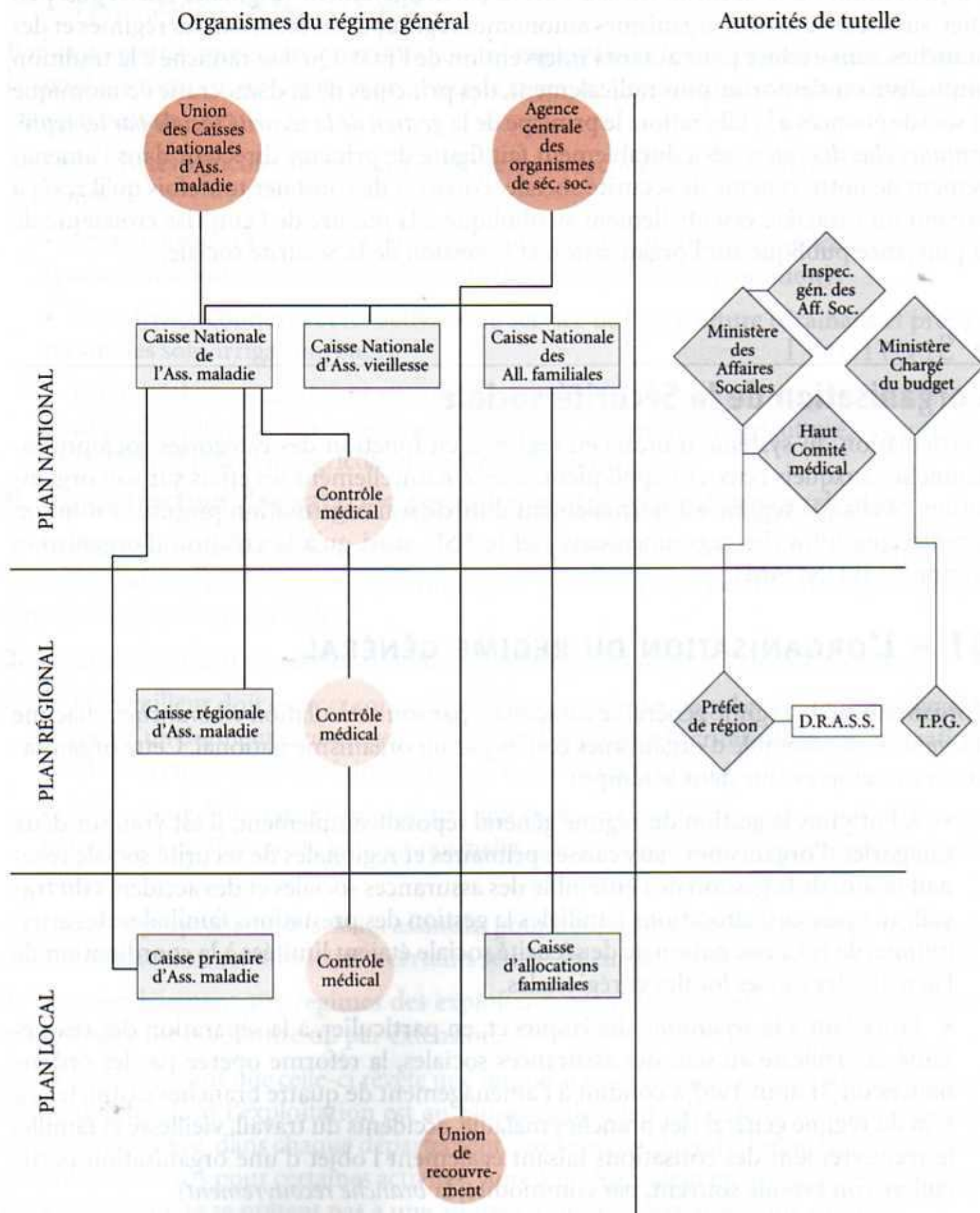
L'organisation du régime général se caractérise par son articulation en *branches*, chacune relevant d'un ensemble d'organismes coiffés par un organisme national. Cette organisation a toutefois évolué dans le temps :

- À l'origine, la gestion du régime général reposait simplement, il est vrai, sur deux catégories d'organismes : aux caisses primaires et régionales de sécurité sociale revenait le soin de la gestion de l'ensemble des assurances sociales et des accidents du travail, aux caisses d'allocations familiales la gestion des prestations familiales ; les attributions de la Caisse nationale de sécurité sociale étaient limitées à la coordination de l'activité des caisses locales et régionales.
- Procédant à la *séparation des risques* et, en particulier, à la séparation des risques santé et vieillesse au sein des assurances sociales, la réforme opérée par les ordonnances du 21 août 1967 a conduit à l'aménagement de quatre branches distinctes au sein du régime général : les branches maladie, accidents du travail, vieillesse et famille, le recouvrement des cotisations faisant également l'objet d'une organisation particulière (on évoque souvent, par commodité, la *branche recouvrement*).
- La réforme de 1967 s'est également traduite, au sein de chaque branche, par la reconnaissance à l'organisme national placé à la tête de chacune d'elle, d'importants pouvoirs de contrôle et de direction pour la gestion de la branche. Les réformes menées depuis lors ont accentué encore la prééminence des organismes nationaux sur les organismes locaux et régionaux.

A. L'organisation des branches santé, accidents du travail, vieillesse et famille

Chacune des branches est dotée de son organisation propre (v. Tableau n° 3).

Tableau 3. – ORGANISATION DU RÉGIME GÉNÉRAL



1. L'ORGANISATION DES BRANCHES « SANTÉ » ET « ACCIDENTS DU TRAVAIL »

1. Les deux branches recouvrent, d'une part, les assurances maladie, maternité, invalidité et décès, d'autre part, l'assurance accidents du travail, chacune donnant lieu à une gestion séparée (notamment sur le plan financier).
2. L'organisation des branches repose à la base sur deux catégories d'organismes :
 - les *caisses primaires d'assurance maladie* (en principe une par département) : la caisse primaire pourvoit, dans sa circonscription, à l'affiliation et à l'immatriculation des assurés et au service des prestations (maladie, maternité, invalidité et décès, accidents du travail, maladies professionnelles et accidents de trajet) ; elle exerce également une action sanitaire et sociale.
 - les *caisses régionales d'assurance maladie* (au nombre de seize en métropole) : la caisse régionale est chargée, en particulier, de l'application de la tarification des cotisations en matière d'accidents du travail et de la prévention des risques professionnels. Elle prête également son concours à la CNAVTS pour la gestion de l'assurance vieillesse.

Nota : L'ordonnance du 24 avril 1996 a donné naissance, dans chaque région, à une *Union régionale des caisses d'assurance maladie* (URCAM), qui réunit les caisses primaires du régime général, la caisse régionale du régime social des indépendants et les caisses de mutualité sociale agricole en vue de la coordination de leurs efforts pour la gestion du risque maladie et la maîtrise des dépenses de santé.

3. L'organisation des deux branches repose, au sommet, sur la *Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés* (CNAMTS).

La Caisse nationale est dotée d'une série d'attributions :

- elle assure, selon des fonds nationaux distincts, le financement, d'une part, des prestations maladie, maternité, invalidité et décès, d'autre part, des prestations accidents du travail ;
- elle pourvoit à la gestion des risques ;
- elle organise et dirige le service national du contrôle médical ;
- elle encadre et contrôle la gestion des caisses primaires et régionales d'assurance maladie ;
- elle anime et coordonne la politique de prévention des risques professionnels ;
- elle exerce une action sanitaire et sociale et coordonne l'action en la matière des caisses primaires et régionales ;
- elle émet un avis sur les projets de loi et de décret intéressant les problèmes de sa compétence.

Nota : La loi du 13 août 2004 a donné naissance à une *Union nationale des caisses d'assurance maladie* (UNCAM), qui réunit les organismes nationaux des trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs indépendants et mutualité sociale agricole). Dotée d'un conseil composé de représentants des conseils des trois organismes nationaux, d'un collège des directeurs composé des directeurs des trois mêmes organismes et d'un directeur général (le directeur de la CNAMTS), l'UNCAM a vocation, en particulier, à prendre les mesures communes aux trois régimes en matière de tarification et de remboursement, à négocier et à

conclure les conventions et accords avec les représentants des professions de santé et à assurer les relations avec les organismes complémentaires (mutuelles, institutions de prévoyance et assureurs) eux aussi réunis en une *Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire* (UNOCAM).

2. L'ORGANISATION DE LA BRANCHE « VIEILLESSE »

La branche vieillesse comporte un organisme unique : la *Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés* (CNAVTS), chargée de l'ensemble des opérations de la branche (report des cotisations au compte individuel des assurés, liquidation et paiement des pensions, gestion des allocations non contributives).

La CNAVTS fait appel, en pratique, au concours des caisses régionales d'assurance maladie, notamment pour le service des prestations et allocations.

3. L'ORGANISATION DE LA BRANCHE « FAMILLE »

1. L'organisation de la branche « famille » repose à la base sur les *caisses d'allocations familiales* (CAF). En principe au nombre d'une par département, les caisses d'allocations familiales assurent la liquidation et le paiement des prestations familiales. Elles versent également, pour le compte de l'État ou du département, de nombreuses prestations d'aide sociale (allocation aux adultes handicapés, allocation de logement social, allocation de revenu minimum d'insertion, etc.). Elles développent enfin une importante action sociale au profit des familles.

2. La branche « famille » est coiffée au sommet par la *Caisse nationale des allocations familiales* (CNAF).

La Caisse nationale a notamment pour fonction :

- d'assurer le financement des prestations familiales ;
- d'animer et de coordonner l'action sociale de la branche ;
- d'encadrer et de contrôler la gestion des caisses d'allocations familiales.

B. L'organisation du recouvrement des cotisations

1. À l'origine, il appartenait à chaque organisme local (les caisses primaires de sécurité sociale et les caisses d'allocations familiales) de procéder au recouvrement des cotisations afférentes aux risques dont elles assuraient la gestion. Les règles d'assiette et de recouvrement étant communes, la caisse primaire et la caisse d'allocations familiales ont créé spontanément, dans bien des départements, une union pour le recouvrement des cotisations. La formule a été généralisée en 1960, donnant naissance aux URSSAF sur tout le territoire, avant que la réforme de 1967 n'érige le recouvrement des cotisations en une organisation à part au sein du régime général.

2. Normalement instituée à l'échelon du département (certains départements comptent plusieurs URSSAF, il en est une commune à l'ensemble des départements de la région d'Ile-de-France réserve faite du département de la Seine-et-Marne), l'*Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales* (URSSAF) pourvoit au recouvrement de l'ensemble des cotisations dues au régime général (cotisations des employeurs du chef de leurs salariés, cotisations dues par les travailleurs indépendants au titre des prestations familiales, cotisations dues sur certains revenus d'inactivité, etc.). Les pouvoirs publics ont également confié aux URSSAF le soin de procéder au recouvrement de certaines impositions de toutes natures (versement de transport, contribution sur les revenus d'activité et de remplacement perçue au titre de la CSG et de la CRDS, etc.).

3. Née de la loi du 31 juillet 1968 ratifiant les ordonnances du 21 août 1967, l'*Agence centrale des organismes de sécurité sociale* (ACOSS) est chargée de la centralisation et de la gestion des fonds collectés par les URSSAF ; il lui appartient également d'assurer la trésorerie des branches de prestations (au moyen notamment de conventions conclues avec le Trésor public et la Caisse des dépôts et consignations). Elle pourvoit enfin au recouvrement de certaines ressources du régime général (par ex. : contribution sur la publicité pharmaceutique).

Placée au sommet de l'organisation du recouvrement, l'ACOSS a été amenée à exercer, de même que les autres organismes nationaux, des pouvoirs de contrôle et de direction sur les URSSAF, évolution qui a été entérinée par le législateur (not. loi du 27 juill. 1994).

C. Les organismes communs : l'UCANSS

1. Antérieurement à la réforme de 1967, les caisses primaires de sécurité sociale et les caisses d'allocations familiales s'étaient dotées d'organismes nationaux pour la réalisation de certaines tâches communes (par ex. : formation professionnelle) : tel était l'objet de la Fédération nationale des organismes de sécurité sociale (FNOSS) et de l'Union nationale des caisses d'allocations familiales (UNCAF).

2. La réforme de 1967-1968 ne s'est pas seulement traduite par la création des trois caisses nationales et de l'agence centrale, destinées à coordonner et à diriger l'activité de l'ensemble des organismes de chaque branche. Elle a également conduit à l'institution, lors de la ratification des ordonnances au cours de l'été 1968, d'une *Union des caisses nationales de sécurité sociale* (UCANSS), essentiellement chargée de traiter des problèmes relatifs aux conditions de travail et de rémunération des personnels des organismes du régime général. C'est à l'UCANSS que revient le soin, en particulier, de négocier les conventions collectives de travail et d'animer la politique de la formation professionnelle.

3. Deux autres formules doivent être également mentionnées :

- Les organismes peuvent ainsi constituer des *unions* ou des *fédérations* pour la gestion d'œuvres communes ou l'accomplissement de missions communes (par ex. : union immobilière constituée entre des organismes occupant un même immeuble, centre de formation professionnelle pour les personnels des organismes).
- Lorsqu'il existe au sein d'un même département plusieurs organismes de la même branche (par ex. : plusieurs caisses primaires ou plusieurs URSSAF), la Caisse nationale ou l'Agence centrale peut désigner l'une d'entre elles pour assumer des missions communes.

§2 – L'ORGANISATION DES AUTRES RÉGIMES

S'il est vrai qu'elle conserve ses caractères propres, l'organisation des autres régimes tend à rejoindre, au fil des réformes engagées, celle du régime général.

A. L'organisation des régimes spéciaux

1. L'organisation des régimes spéciaux est fortement hétérogène.

Certains de ces régimes sont dotés, il est vrai, d'une véritable organisation administrative, articulée en une hiérarchie d'organismes : tel est le cas ainsi du régime minier, qui associe à la *Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines* (CANSSM) un

ensemble d'organismes (sociétés de secours minières et unions régionales) appelés à céder la place, au 1^{er} janvier 2007, à des caisses régionales, ou encore du régime des clercs et employés de notaires, qui relève d'un organisme spécialisé : la *Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires* (CRPCEN).

La plupart d'entre eux ne disposent que d'une organisation minimale, souvent étroitement liée à l'entreprise ou aux entreprises dont les personnels relèvent du régime spécial (v. les caisses de prévoyance et de retraite des agents de la SNCF). On mentionnera, dans un autre registre, la gestion du régime des marins du commerce confiée à un établissement public : l'*Établissement national des invalides de la marine* (ENIM).

2. On mentionnera enfin l'évolution survenue récemment dans la gestion du régime des personnels des industries électriques et gazières : auparavant confiée à un service de l'employeur, la gestion des retraites et autres prestations en espèces relève désormais de la compétence de la *Caisse nationale des industries électriques et gazières* (CNIEG).

B. L'organisation des régimes des travailleurs indépendants

1. Jusqu'à une période récente, chacun des régimes propres aux travailleurs indépendants comportait sa propre organisation. L'institution du *Régime social des indépendants* (RSI) par l'ordonnance du 8 décembre 2005 conduit à une modification en profondeur des structures des régimes intégrés dans le nouveau RSI.

2. Antérieurement à l'institution du RSI, l'organisation des régimes autonomes d'assurance vieillesse des entrepreneurs individuels de l'industrie et du commerce (ORGANIC) et des artisans (CANCAVA) reposait sur des caisses professionnelles ou interprofessionnelles, les deux caisses nationales ayant pour fonction principale de coordonner l'activité des caisses et, plus encore, de procéder aux compensations financières entre elles. La gestion du régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles faisait appel, quant à elle, à une caisse nationale : la *Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés* (CANAM) et à des caisses mutuelles régionales.

L'institution du Régime social des indépendants substitue à cette architecture complexe un ensemble composé de :

- la *Caisse nationale du régime social des indépendants* : en charge de la gestion des deux régimes d'assurance vieillesse et du régime d'assurance maladie et maternité, elle reçoit à cette fin des pouvoirs étendus, notamment pour la coordination et le contrôle des organismes de base, selon un schéma directement inspiré des dispositions applicables au sein du régime général.
- les *caisses de base du régime social des indépendants* : elles assurent la gestion au quotidien des régimes relevant du RSI (recouvrement des cotisations ; liquidation et paiement des prestations). Il existe, plus précisément, une caisse de base commune aux groupes professionnels des artisans, industriels et commerçants qui traite à la fois des risques maladie et maternité et vieillesse, et une caisse de base propre aux professions libérales qui ne connaît que du risque maladie et maternité.

La gestion du régime d'assurance maladie et maternité comporte, depuis les origines, une particularité : l'encaissement des cotisations et le paiement des prestations sont confiés, en effet, à des organismes habilités à cet effet et pris parmi les mutuelles, les institutions de prévoyance ou les assureurs (*organismes conventionnés*). La réforme maintient ce disposi-

tif en vigueur : c'est aux nouvelles caisses de base et à la Caisse nationale qu'il appartiendra de procéder à l'habilitation des organismes conventionnés et de contrôler leur activité (la formule ne concerne que la gestion du régime d'assurance maladie et maternité).

3. La gestion des régimes d'assurance vieillesse des professions libérales demeure soumise aux mêmes règles d'organisation.

On compte ainsi onze sections professionnelles (notaires, officiers ministériels, médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sages-femmes, infirmiers et autres auxiliaires médicaux, vétérinaires, agents d'assurance, experts comptables et commissaires aux comptes, autres professions regroupées au sein de la caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse [CIPAV]), chacune dotée d'une caisse autonome appelée à gérer le régime d'assurance vieillesse ainsi que les régimes de retraite complémentaire et d'assurance invalidité et décès. La *Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales* (CNAVPL) coordonne l'ensemble et pourvoit notamment à la compensation financière entre les onze sections professionnelles.

La gestion du régime d'assurance vieillesse des avocats relève de la *Caisse nationale des barreaux français*, qui pourvoit en toute autonomie à la gestion du régime. La caisse est administrée par un conseil d'administration (dont la majorité des membres sont élus par les intéressés); celui-ci désigne un directeur (qui doit être agréé conjointement par le ministre de la Justice et par le ministre chargé de la Sécurité sociale) et un agent comptable.

C. L'organisation de la mutualité sociale agricole

1. La gestion des régimes agricoles s'inscrit dans le cadre de la *Mutualité sociale agricole*. Celle-ci pourvoit non seulement à la gestion du régime des salariés agricoles et des régimes d'assurance vieillesse, d'assurance maladie et maternité (AMEXA) et d'assurance accidents du travail (AAEXA) des exploitants agricoles, mais également au service pour le compte du régime général des prestations familiales au profit des salariés et des exploitants agricoles.

2. La mutualité sociale agricole s'inscrit dans le cadre d'une organisation complexe, où figurent également les *assurances mutuelles agricoles* (dites également « mutualité 1900 »), qui couvrent les risques de l'activité agricole (grêle, incendie, épizootie, etc.) et le *crédit mutuel agricole* (Crédit agricole). La mutualité sociale agricole est dotée toutefois de ses structures propres.

3. Des réformes sont intervenues, notamment en 1960 et en 1994, pour simplifier les structures de la mutualité sociale agricole. Celles-ci comportent à présent :

- la *Caisse centrale de mutualité sociale agricole* pourvoit à la gestion au plan national des régimes relevant de la mutualité sociale agricole;
- les *caisses de mutualité sociale agricole* (en principe une par département) assurent la gestion au quotidien des régimes (assujettissement, recouvrement des cotisations, liquidation et paiement des prestations) et exerce une importante action sanitaire et sociale au profit de leurs ressortissants.

Nota : La mutualité sociale agricole s'est engagée, depuis plusieurs années, dans une politique de réduction du nombre de ses organismes (regroupement et fusion des caisses départementales). Seules trente-cinq caisses devraient subsister ainsi à l'horizon 2010.

> SECTION 2

L'administration des organismes de sécurité sociale

L'organisation et le fonctionnement des organismes de sécurité sociale obéissent à des règles propres qui, pour s'inspirer des règles de la gestion publique, n'en revêtent pas moins un caractère original.

§1 – LA NOTION D'ORGANISME DE SÉCURITÉ SOCIALE

1. Les organismes de sécurité sociale revêtent, du point de vue juridique, le caractère d'*organismes de droit privé chargé de l'exécution de missions de service public*. Retenue dès les années trente au sujet des caisses d'assurances sociales instituées par les lois des 5 avril 1928 et 30 avril 1930 (CE, 13 mai 1938, *Caisse primaire « Aide et protection », Lebon*, p. 417), la qualification s'est imposée *a fortiori* en 1945, une fois la Sécurité sociale instituée. Elle étend ses effets à l'ensemble des organismes de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole.

Certains organismes de sécurité sociale ont été érigés cependant par la loi en *établissements publics à caractère administratif*. Il s'agit, plus particulièrement, des trois caisses nationales du régime général (CNAMTS, CNAVTS et CNAF), de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) et de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM).

2. Tout organisme de sécurité sociale ou de mutualité sociale agricole est doué de la personnalité morale et de l'autonomie administrative et financière ; l'étendue de celle-ci est fonction toutefois de la tutelle administrative et financière exercée par l'État et, pour les organismes locaux et régionaux, des pouvoirs de contrôle et de direction dont disposent, sauf exception, les organismes nationaux.

Pour partie inspiré, à l'origine, des règles mutualistes, le statut des organismes de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole est déterminé désormais par les seules dispositions du Code de la sécurité sociale et du Code rural. Chaque organisme local ou régional est normalement institué par un arrêté qui en détermine également la circonscription et le siège ; il est doté de statuts et d'un règlement intérieur qui doivent être conformes à des documents-type fixés par l'autorité de tutelle.

3. La qualification d'organisme chargé de l'exécution de missions de service public n'est pas sans incidence sur l'administration et le fonctionnement des organismes.

Les organismes sont ainsi tenus de respecter les principes du service public :

- la *continuité du service public* conduit à faire application, par exemple, des modalités particulières de l'exercice du droit de grève dans les services publics (préavis préalable, interdiction de certaines formes de grève) ;
- l'*égalité devant le service public* fait obstacle, par exemple, à l'adoption de règles discriminatoires pour l'attribution des prestations supplémentaires et aides relevant de l'action sanitaire et sociale.

Les dispositions générales relatives aux services publics sont applicables aux organismes de sécurité sociale. Il en va ainsi par exemple :

- de la communication des documents administratifs (loi du 17 juill. 1978) ;
- du régime des fichiers informatiques (loi du 6 janv. 1978) ;

- des règles propres aux relations entre les administrations et leurs usagers (loi du 12 avril 2000).

La mission de service public dévolue aux organismes de sécurité sociale exerce plus largement ses effets sur le régime juridique et la portée des actes des organismes. De longue date, la Cour de cassation a entendu ainsi écarter l'application des règles du droit commun des obligations au profit de règles spécifiques. De la sorte les actes des organismes revêtent d'ordinaire le caractère de *décisions administratives*, qui ne peuvent plus être retirées une fois les délais de recours expirés. La loi elle-même reconnaît d'ailleurs aux organismes de véritables *prérogatives de puissance publique* : tel est le cas du régime de la contrainte pour le recouvrement des cotisations (v. *infra*, chap. IV, sect. 3).

4. Sauf exception (les organismes nationaux du régime général comportent ainsi, parmi leurs agents, des fonctionnaires en service détaché), le personnel des organismes de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole est soumis au droit du travail ; les litiges qui opposent les organismes à leurs agents relèvent, de même, de la compétence des juridictions judiciaires (normalement le conseil des prud'hommes).

Le principe comporte toutefois quelques exceptions. La gestion du personnel est soumise, en effet, à la tutelle de l'autorité publique. Dans le régime général ainsi, les conventions et accords collectifs négociés au sein de l'UCANSS ne deviennent exécutoires qu'après avoir été approuvés par le ministre chargé de la Sécurité sociale. Certains agents doivent, de même, recevoir un agrément de l'autorité de tutelle (inspecteurs du recouvrement des URSSAF, ingénieurs-conseils et contrôleurs de sécurité des services de prévention des CRAM). Il convient de réserver enfin la situation du personnel de direction (v. *infra*, §3).

§2 – LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

L'institution au sein de chaque organisme de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole d'un *conseil d'administration* répond aux exigences du principe de la gestion par les représentants élus des intéressés. Selon les règles adoptées en 1945-1946, il incombait au conseil d'administration, dont les membres étaient élus par les intéressés (salariés, employeurs, travailleurs indépendants) de pourvoir à la gestion de l'organisme dans le respect des lois et règlements. Le principe a toutefois cédé le pas, au fil du temps.

A. La composition du conseil d'administration

La composition du conseil d'administration varie sensiblement d'un régime à l'autre, voire d'une branche à l'autre.

1. LA COMPOSITION DES CONSEILS D'ADMINISTRATION DES ORGANISMES DU RÉGIME GÉNÉRAL

1. En 1946, les conseils d'administration des caisses primaires et régionales de sécurité sociale étaient composés pour les trois-cinquièmes de représentants des assurés et pour les deux-cinquièmes de représentants des employeurs ; au sein des conseils d'administration des caisses d'allocations familiales, la part des représentants des assurés était réduite à la moitié au profit des représentants des travailleurs indépendants. Les administrateurs des caisses primaires et des caisses d'allocations familiales étaient élus, par collèges, par les intéressés. L'ordonnance du 21 août 1967 a procédé à une double réforme : elle a opté pour la gestion paritaire, mettant les représentants des salariés et des employeurs (et des travailleurs indépendants dans la branche famille) à égalité au sein des conseils ; elle a mis fin à l'élection des administrateurs désormais désignés sur la propo-

sition des organisations syndicales représentatives sur le plan national. Après un retour partiel à l'élection en 1983, l'ordonnance du 24 avril 1996 a renoué avec le principe de la désignation des membres des conseils d'administration ; toutefois si les représentants des partenaires sociaux (et des travailleurs indépendants dans la branche famille) demeurent majoritaires, les conseils comportent également des représentants d'autres institutions (mutualité, associations, etc.) et des personnalités qualifiées.

2. Dans la branche « maladie », la composition du conseil (telle est l'appellation substituée à l'ancienne appellation « conseil d'administration » par la loi du 13 août 2004) obéit ainsi aux règles suivantes :

- Caisse primaire d'assurance maladie : le conseil compte 23 membres,
 - 8 représentants des assurés sociaux ;
 - 8 représentants des employeurs ;
 - 2 représentants de la mutualité ;
 - 5 représentants d'institutions intervenant dans le domaine de l'assurance maladie.

Le conseil comprend également trois représentants du personnel qui siègent avec voix consultative.

- Caisse régionale d'assurance maladie : le conseil compte 21 membres,
 - 8 représentants des assurés sociaux ;
 - 8 représentants des employeurs ;
 - 1 représentant de la mutualité
 - 4 personnalités qualifiées (dont un représentant au moins des retraités).

Le conseil comprend également trois représentants du personnel et un représentant des associations familiales qui siègent avec voix consultative.

- Caisse nationale (CNAMTS) : le conseil compte 35 membres,
 - 13 représentants des assurés sociaux ;
 - 13 représentants des employeurs ;
 - 3 représentants de la mutualité ;
 - 6 représentants d'institutions intervenant dans le domaine de l'assurance maladie.

Le conseil comprend également trois représentants du personnel qui siègent avec voix consultative.

Nota : La loi du 27 juillet 1994 a institué au sein de la CNAMTS, bien distincte du conseil, une *Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles*. Composée de manière strictement paritaire de représentants des organisations des salariés et des employeurs, elle exerce pour la gestion de la branche accidents du travail les compétences normalement dévolues au conseil de la Caisse nationale.

3. Le conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) compte trente membres :

- 13 représentants des assurés sociaux ;
- 13 représentants des employeurs ;
- 4 personnalités qualifiées (dont un représentant au moins des retraités).

S'y ajoutent trois représentants du personnel et un représentant des associations familiales qui siègent avec voix consultative.

4. Dans la branche « famille », la composition des conseils d'administration des organismes obéit aux règles suivantes :

- Caisse d'allocations familiales : le conseil d'administration compte 24 membres,
 - 8 représentants des assurés sociaux;
 - 8 représentants des employeurs (5) et des travailleurs indépendants (3);
 - 4 représentants des associations familiales
 - 4 personnalités qualifiées.

Le conseil d'administration comprend également trois représentants du personnel qui siègent avec voix consultative.

- Caisse nationale (CNAF) : le conseil compte 35 membres,
 - 13 représentants des assurés sociaux;
 - 13 représentants des employeurs (10) et des travailleurs indépendants (3);
 - 5 représentants des associations familiales;
 - 4 personnalités qualifiées.

Le conseil d'administration comprend également trois représentants du personnel qui siègent avec voix consultative.

5. Dans la branche « recouvrement », la composition des conseils d'administration des organismes obéit aux règles suivantes :

- URSSAF : le conseil d'administration compte 20 membres,
 - 8 représentants des assurés sociaux;
 - 8 représentants des employeurs (5) et des travailleurs indépendants (3);
 - 4 personnalités qualifiées.

Le conseil d'administration comprend également trois représentants du personnel qui siègent avec voix consultative.

- Agence centrale (ACOSS) : le conseil d'administration compte 30 membres,
 - 13 représentants des assurés sociaux;
 - 13 représentants des employeurs (10) et des travailleurs indépendants (3);
 - 4 personnalités qualifiées.

Le conseil d'administration comprend également trois représentants du personnel qui siègent avec voix consultative.

6. Initialement dotée d'un conseil d'administration paritaire, l'UCANSS a fait l'objet, successivement, de deux réformes destinées à en améliorer le fonctionnement.

Suivant les dispositions issues de la loi du 18 janvier 1991, la composition du conseil d'administration de l'UCANSS associe, d'une part et en nombre égal, des représentants des assurés sociaux et des représentants des employeurs désignés, respectivement, par les organisations syndicales nationales des salariés et des employeurs, d'autre part, le président et le vice président du conseil d'administration de chacune des trois caisses nationales et de l'ACOSS.

Sans en modifier la composition, la loi du 21 décembre 2001 a transformé le conseil d'administration en *conseil d'orientation* et l'a doublé d'un *comité exécutif*, composé des directeurs des trois caisses nationales et de l'ACOSS et de quatre directeurs d'organismes locaux et régionaux représentant l'ensemble des branches du régime général. C'est au comité exécutif que la loi confie, plus précisément, le soin de suivre la négociation collective avec les organisations syndicales représentant le personnel des organismes.

2. LA COMPOSITION DES CONSEILS D'ADMINISTRATION DES ORGANISMES DES AUTRES RÉGIMES

1. La composition des conseils d'administration des organismes des autres régimes ne suscite pas des difficultés de même nature : elle reflète, en effet, des catégories socioprofessionnelles nettement plus homogènes en raison même du champ d'application limité des régimes dont les organismes ont la charge.

2. La représentation des intéressés au sein des régimes spéciaux est fonction, naturellement, de l'organisation même du régime. Les membres du conseil d'administration qui représentent les ressortissants du régime sont, selon le cas, directement élus ou bien désignés par les organisations représentatives ; il s'y ajoute, fréquemment, des personnalités qualifiées et des représentants de l'État.

Ainsi le conseil d'administration de la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires compte-t-il trois représentants des ministères chargés de la Justice, de la Sécurité sociale et du Budget, cinq membres représentants les notaires désignés par le Conseil supérieur du notariat et huit représentants des assurés et pensionnés élus par les intéressés ; les pouvoirs publics désignent, en sus, le président du conseil d'administration.

À l'opposé, la gestion du régime des marins du commerce, confiée à l'Établissement national des invalides de la marine, ne comprend-t-elle aucune participation directe des représentants des intéressés.

3. La gestion des régimes propres aux travailleurs indépendants repose, pour l'essentiel, sur des organismes dont les conseils d'administration sont élus par les ressortissants (actifs et retraités) du régime.

La réunion en une organisation unique du régime d'assurance maladie et maternité et de deux régimes autonomes d'assurance vieillesse a d'ailleurs confirmé le principe : les caisses de base du nouveau Régime social des indépendants sont dotées de conseils d'administration dont les membres sont élus pour six ans par les représentants des assurés (dans les caisses communes aux groupes professionnels des artisans et des industriels et commerçants, les deux groupes sont représentés en nombre égal). Le conseil d'administration de la Caisse nationale est composé, quant à lui, des représentants des caisses de base élus par leurs conseils d'administration.

4. L'administration des organismes de mutualité sociale agricole est également confiée à des conseils d'administration représentants les intéressés.

Au sein des caisses départementales de mutualité sociale agricole, les membres du conseil d'administration sont élus en deux temps :

- Dans un premier temps, les intéressés sont appelés à élire leurs délégués dans le cadre de trois collèges distincts : le premier collège est composé des exploitants et assimilés n'employant aucune main d'œuvre salariée, le deuxième des salariés agricoles, le troisième des exploitants et assimilés qui emploient une main d'œuvre salariée à titre permanent.
- Dans un second temps, les délégués ainsi élus dans chaque canton se réunissent en une assemblée générale départementale, qui désigne les membres du conseil d'administration de la caisse. Le conseil comprend, plus précisément, vingt-trois membres (neuf représentants du premier collège, douze représentants du deuxième collège et six représentants du troisième collège) auxquels s'ajoutent, avec voix consultative, deux représentants des associations familiales.

Les membres du conseil d'administration de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole sont élus, par collège, par les délégués des conseils d'administration des caisses départementales. Le conseil comprend également, avec voix consultative, deux représentants de l'Union nationale des associations familiales.

B. Le statut des membres du conseil d'administration

1. Les membres des conseils d'administration des organismes de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole ne sont pas dotés, à proprement parler, d'un statut. Seules quelques dispositions, qui varient d'ailleurs d'un régime à l'autre, précisent sur tel point les droits et obligations des administrateurs. Il est au moins une constante : les fonctions d'administrateur sont *gratuites* et ne peuvent donner lieu qu'à indemnisation des frais exposés pour leur accomplissement.

2. S'agissant des membres des conseils et des conseils d'administration des organismes du régime général, le législateur est venu ébaucher un statut des administrateurs.

Certaines de ces dispositions intéressent les seuls administrateurs salariés :

- l'employeur est tenu de laisser au salarié qui a la qualité d'administrateur d'un organisme, le temps nécessaire à l'exercice de ses fonctions ;
- le temps consacré à l'exercice des fonctions doit être rémunéré comme temps de travail ;
- le licenciement du salarié est soumis à l'autorisation préalable de l'inspecteur du travail.

D'autres dispositions ont une portée générale : l'ordonnance du 24 avril 1996 a ainsi assorti les fonctions d'administrateur d'une limite d'âge fixée à soixante-cinq ans (lors de la désignation).

C. Les attributions du conseil d'administration

1. Suivant les dispositions de l'article L. 121-1 du Code de la sécurité sociale, « le conseil d'administration règle par ses délibérations les affaires de l'organisme ».

Si le conseil d'administration conserve ainsi, en principe, la compétence de droit commun au sein de l'organisme, ses pouvoirs n'en ont pas moins été amoindris au fil du temps. Trois facteurs ont fortement joué en ce sens :

- la reconnaissance au sein de l'organisme de la fonction de direction (v. *infra*, §3).
- la montée en puissance des organismes nationaux appelés à encadrer et à contrôler l'action des organismes de base.
- l'intervention croissante de l'État.

L'appréciation de l'étendue des attributions des conseils d'administration des organismes est fonction, par ailleurs, des régimes. Les conseils d'administration des organismes d'assurance vieillesse des professions libérales disposent ainsi, pour la gestion des régimes, d'une autonomie sans commune mesure avec la situation propre des conseils d'administration des organismes du régime général ou, à présent, des conseils d'administration des organismes du nouveau Régime social des indépendants.

2. Les attributions du conseil d'administration d'un organisme de base peuvent être résumées ainsi :

- il adopte les statuts et le règlement intérieur de l'organisme ;

- il désigne en son sein le président du conseil d'administration et les autres membres du bureau ainsi que diverses commissions (commission de recours amiable) ;
- il participe à la désignation du personnel de direction (v. *infra*, §3) ;
- il adopte les budgets afférents à la *gestion administrative* de l'organisme et à l'*action sanitaire et sociale* ;
- il doit s'assurer, plus généralement, de la bonne marche de l'organisme.

3. Il convient enfin de faire la part des attributions propres aux conseils d'administration des organismes nationaux, qui touchent à la gestion au niveau national des risques couverts par le régime. Ainsi l'ordonnance du 21 août 1967 a-t-elle donné à la CNAMTS (c'est-à-dire à son conseil d'administration) le pouvoir de procéder, en cas de déséquilibre financier de la branche maladie, aux mesures d'ajustement nécessaires (augmentation du taux des cotisations et/ou réduction du taux des prestations) ; ces dispositions n'ont toutefois jamais reçu application.

S'il est vrai que les réformes qui se sont succédé, tendent à renforcer les pouvoirs du directeur (tel est le cas, par ex., du directeur de la CNAMTS dont la loi du 13 août 2004 a considérablement renforcé les pouvoirs propres), le conseil d'administration d'un organisme national exerce une fonction de représentation non négligeable auprès des pouvoirs publics et est appelé, en particulier, à émettre un avis sur les projets de loi et de décret préparés par le Gouvernement.

§3 – LE PERSONNEL DE DIRECTION

Aucune disposition ne faisait obligation, à l'origine, au conseil d'administration d'un organisme de désigner un directeur à la tête des services. Si la loi du 22 août 1950 est venu exiger de tout organisme de sécurité sociale qu'il se dote d'un directeur et d'un agent comptable, elle ne précisait nullement leurs attributions, ni leur statut. Ce sont les dispositions du décret du 12 mai 1960 qui ont véritablement donné naissance à la *fonction de direction* au sein des organismes. Initialement applicables au sein du régime général, ces dispositions, d'ailleurs modifiées à plusieurs reprises, ont été étendues, moyennant adaptation, à la plupart des autres régimes (il en va ainsi, en particulier, des organismes de la mutualité sociale agricole et des organismes du nouveau Régime social des indépendants).

A. Le statut du personnel de direction

1. Si le personnel de direction des organismes de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole est normalement soumis au droit commun du travail, le principe comporte néanmoins certaines exceptions.

L'accès aux fonctions d'agents de direction est subordonné à l'inscription sur une *liste d'aptitude* établie par une commission placée sous l'égide du ministre chargé de la Sécurité sociale (il existe des listes distinctes pour le régime général et le régime social des travailleurs indépendants, d'une part et la mutualité sociale agricole, d'autre part). Les agents de direction doivent par ailleurs, une fois nommés dans un emploi de direction d'un organisme, faire l'objet d'un *agrément* dans leurs fonctions : le retrait de l'agrément leur interdit de poursuivre l'exercice de leurs fonctions.

La formation professionnelle, initiale et continue, des agents de direction relève, principalement, de l'*École nationale supérieure de la sécurité sociale* (EN3S) (anciennement

Centre d'études supérieures de sécurité sociale [CESSS], puis *Centre national d'études supérieures de sécurité sociale* [CNESSS]) instituée en 1960 et érigée en 1978 en établissement public à caractère administratif.

Présidé par un inspecteur général des affaires sociales et composé des directeurs des organismes nationaux du régime général et du RSI, du directeur de l'UCANSS, du directeur de l'EN3S, d'un directeur régional des affaires sanitaires et sociales et de deux représentants des agents de direction des organismes (pris parmi les anciens directeurs et agents comptables retraités), un *comité des carrières* doit veiller à l'évolution des carrières des personnels de direction, à la mobilité entre les régimes, les branches et les organismes et à la régularité des procédures de nomination ; il émet un avis motivé sur certaines propositions de nomination.

2. À l'origine, il appartenait au conseil d'administration de l'organisme de procéder à la désignation des agents de direction, le choix du conseil ne pouvant se porter toutefois que sur un candidat figurant sur la liste d'aptitude dans la catégorie correspondant à l'emploi postulé. Si les conseils d'administration de certains régimes ont conservé leurs pouvoirs de nomination (par ex. : organismes d'assurance vieillesse des professions libérales), les réformes menées en 1996, 2004 et 2005 ont modifié radicalement le régime de la nomination des agents de direction. Il convient de procéder à une distinction :

a) S'agissant des agents de direction autres que le directeur et l'agent comptable (directeur adjoint, secrétaire général, sous-directeur), il appartient désormais au directeur de l'organisme de procéder aux nominations parmi les candidats qui figurent sur la liste d'aptitude.

b) La nomination des directeurs et des agents comptables répond à trois séries de règles :

- Applicable à l'ensemble des organismes du régime général, l'ordonnance du 24 avril 1996 a institué une procédure de désignation complexe : il appartient au directeur de l'organisme national de proposer trois noms au conseil d'administration de l'organisme local et, après avis de celui-ci, de procéder à la nomination de celui des trois sur lequel l'avis du conseil s'est porté ; le directeur de l'organisme national peut également mettre fin aux fonctions de l'intéressé pour des motifs tirés de l'intérêt du service, sauf au conseil d'administration à s'y opposer à la majorité des deux tiers.
- La loi du 13 août 2004 a introduit une règle particulière pour la désignation du directeur et de l'agent comptable des organismes de base de la branche maladie (caisses primaires d'assurance maladie et unions régionales des caisses d'assurance maladie) : c'est au directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés qu'il appartient désormais de procéder à la nomination après avoir simplement informé de la nomination envisagée le conseil de l'organisme intéressé ; celui-ci peut s'y opposer à la majorité des deux tiers. Le directeur de la Caisse nationale peut de même mettre fin aux fonctions du directeur et de l'agent comptable.
- L'ordonnance du 8 décembre 2005 a adopté des dispositions de même nature pour la désignation du directeur et de l'agent comptable des caisses de base du régime social des indépendants. Le directeur général de la Caisse nationale doit proposer trois noms au conseil d'administration de l'organisme intéressé et procéder à la nomination du candidat retenu par celui-ci ; il peut également mettre fin aux fonctions des intéressés.

Il convient de préciser, sur le plan juridique, que la nomination du directeur et de l'agent comptable par le directeur de l'organisme national ne retire pas aux intéressés la qualité de salarié de l'organisme au sein duquel ils exercent leurs fonctions. La décision par laquelle le directeur de l'organisme national retire ses fonctions au directeur ou à l'agent comptable ne vaut pas, en particulier, licenciement de l'intéressé. C'est au conseil d'administration de l'organisme de base que revient le soin d'en tirer les conséquences dans le respect de la convention collective (licenciement, reclassement, mutation).

Nota : Il n'est pas exclu que les règles de nomination issues de la loi du 13 août 2004 soient, à terme rapproché, étendues aux organismes des autres branches (vieillesse, famille et recouvrement) du régime général, voire à d'autres régimes.

3. La désignation du personnel de direction des trois caisses nationales du régime général et de l'Agence centrale obéit à des règles particulières :

- Le directeur est désigné par décret pris après avis du président du conseil d'administration de l'organisme. Dans la branche maladie, la loi du 13 août 2004 assigne aux fonctions du directeur général une durée de cinq ans et habilite le conseil de la CNAMTS à s'opposer, à la majorité des deux tiers, à la désignation de la personne dont la nomination est envisagée.
- L'agent comptable est nommé par voie d'arrêté conjoint des ministres chargés de la Sécurité sociale et du Budget.
- Les autres agents de direction de l'organisme sont désignés par le directeur de celui-ci.

B. Les attributions du directeur et de l'agent comptable

1. Le décret du 12 mai 1960 a entendu doter les organismes de sécurité sociale d'une direction investie de compétences et attributions propres pour l'organisation et le fonctionnement de l'organisme. Les réformes intervenues depuis une quinzaine d'années ont accru cette évolution ; c'est au point que, au sein de la branche maladie du régime général, la loi du 13 août 2004 fait désormais du directeur l'autorité de droit commun, appelée à exercer toutes les compétences qui ne sont pas attribuées à une autre autorité (art. L. 211-2-2, al. 1^{er}).

2. Les compétences et attributions du directeur de l'organisme se regroupent en quatre catégories :

- Le directeur prépare et exécute les délibérations du conseil d'administration : il lui revient, par exemple, d'élaborer et de présenter les projets de budget de gestion administrative et d'action sanitaire et sociale.
- Le directeur assure le fonctionnement de l'organisme ; s'il agit sous le contrôle du conseil d'administration, il ne lui en revient pas moins de pourvoir en propre à la gestion quotidienne des services.
- Le directeur est investi de pouvoirs propres : il a seul autorité sur le personnel de l'organisme et a seul compétence pour prendre les mesures individuelles intéressant les agents (recrutement, avancement, sanction, etc.).
- Le directeur représente de plein droit l'organisme en justice et dans les actes de la vie civile dans les domaines qui relèvent de ses pouvoirs propres ; il peut également recevoir mandat à cet effet du conseil d'administration dans les autres matières.

3. S'il appartient au personnel de l'organisme, l'agent comptable (de même que le fondé de pouvoir qui l'assiste) est investi d'une fonction particulière. Directement inspirées de

la comptabilité publique, les règles de la comptabilité des organismes procèdent, en effet, à la distinction de l'*ordonnateur* (le directeur de l'organisme) et du *comptable* (l'agent comptable). S'il revient au premier de procéder à la constatation, à la liquidation et à l'ordonnancement des dépenses (ou au recouvrement des recettes), il incombe au second de procéder, après vérification, au paiement des dépenses ou à l'encaissement des recettes et de tenir la comptabilité des opérations de l'organisme. L'agent comptable exerce ses fonctions sous sa responsabilité pécuniaire et personnelle, tout *débet* constaté dans ses comptes étant mis à sa charge (sauf remise gracieuse). Dans ces conditions, il peut refuser d'exécuter un acte de l'ordonnateur (par ex. de procéder à un paiement qu'il n'estime pas justifié) et, si le directeur de l'organisme peut requérir l'agent comptable, il doit alors assumer, le cas échéant, la responsabilité de l'opération au lieu et place de l'agent comptable.

4. Les fonctions de direction au sein des organismes nationaux obéissent à une même logique : le directeur dispose lui aussi de pouvoirs propres pour la gestion de l'organisme (gestion du personnel, fonctionnement des services) ; de même l'agent comptable (lequel a la qualité de *comptable public* dans les organismes érigés en établissements publics à caractère administratif) est-il investi sous sa responsabilité propre des fonctions comptables.

Elles revêtent toutefois une physionomie particulière à la mesure du rôle conféré aux organismes nationaux pour la gestion de la branche ou du régime. Pour une part essentielle, c'est en effet le directeur de l'organisme national qui assume les fonctions d'animation, d'encadrement et de contrôle de la branche ou du régime ; c'est à lui que revient également, au sein du régime général ou du régime social des indépendants, le pouvoir de désigner les directeurs et les agents comptables des organismes de base (v. *supra*, A).

L'observation vaut, tout particulièrement, pour le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, auquel la loi du 13 août 2004 a conféré des pouvoirs étendus pour la gestion du risque maladie et pour la direction du réseau des caisses régionales et locales. Ayant de droit la qualité de directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), il dispose également à ce titre d'importants pouvoirs pour la gestion des relations avec les professions de santé (par ex. : négociation des conventions et accords) ou pour la modification des règles de tarification et de prise en charge des soins (retrait d'un médicament de la liste des produits remboursables, modification du ticket modérateur, etc.).

> SECTION 3

L'intervention des pouvoirs publics

La dévolution de la gestion des régimes de sécurité sociale à des organismes doués de leur autonomie administrative et financière ne saurait masquer l'importance du rôle exercé par l'État dans l'organisation et le fonctionnement du système de sécurité sociale. S'il est vrai qu'il tend à se décharger sur les organismes nationaux d'une partie de ses attributions en la matière, l'intervention de l'État dans la gestion des risques et l'administration des organismes conserve toute son importance.

§1 – L'INTERVENTION DU PARLEMENT

1. S'il lui appartenait de fixer les règles constitutives du droit de la sécurité sociale, à charge pour le pouvoir réglementaire d'en préciser les modalités d'application, le Parlement n'exerçait, traditionnellement, qu'un rôle des plus réduits dans la gestion même

de l'institution. Les réformes introduites, en particulier en 1996 (plan Juppé), ont modifié de manière significative l'équilibre des pouvoirs en ouvrant au Parlement un droit de regard certain sur le financement de la sécurité sociale.

2. La principale innovation découle de l'institution, par une loi constitutionnelle du 22 février 1996, de la *loi de financement de la sécurité sociale*, qui conduit le Parlement à délibérer, chaque année, des conditions de l'équilibre financier de l'ensemble des régimes légaux et obligatoires de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole (v. *infra*, chap. III, sect. 1, §3).

3. L'ordonnance du 24 avril 1996 a doté, par ailleurs, chacune des trois caisses nationales (CNAMTS, CNAVTS et CNAF) et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) d'un *conseil de surveillance*.

Composé, en particulier, de représentants de l'Assemblée nationale et du Sénat, ainsi que de représentants des collectivités territoriales et des institutions intéressées (par ex. : associations familiales, organisations représentant les retraités, représentants des professions de santé, etc.), le conseil de surveillance élit son président et son vice-président parmi les parlementaires qui en sont membres. Il doit suivre, plus particulièrement, l'exécution de la mise en œuvre des conventions d'objectifs et de gestion conclues entre l'État et l'organisme national et émet un avis à l'usage du Parlement ; il peut bénéficier du concours de l'inspection générale des affaires sociales.

4. La loi du 13 août 2004 est venue compléter ces dispositions s'agissant de la branche maladie :

- Elle fait obligation aux organismes nationaux des trois principaux régimes d'assurance maladie de faire connaître, chaque année avant le 30 juin, tant au Parlement qu'au Gouvernement l'évolution de leurs charges et de leurs ressources et leurs propositions pour préserver ou rétablir l'équilibre financier de la branche.
- Elle institue un *comité d'alerte*, chargé d'alerter, en cours d'exercice, le Parlement et le Gouvernement en cas d'évolution des dépenses incompatible avec l'objectif national des dépenses d'assurance maladie fixé par la loi de financement de la sécurité sociale. Placé auprès de la Commission des comptes de la sécurité sociale, le comité d'alerte est composé du secrétaire général de la Commission des comptes, du directeur général de l'INSEE et d'une personnalité qualifiée désignée par le président du Conseil économique et social.

§2 – LA TUTELLE ADMINISTRATIVE ET FINANCIÈRE

L'État est appelé, traditionnellement, à exercer un pouvoir de contrôle sur l'organisation et le fonctionnement des organismes de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole : la *tutelle administrative et financière*.

La tutelle administrative et financière est exercée, principalement, par le ministre chargé de la Sécurité sociale (il existe au sein de l'administration centrale une *direction de la sécurité sociale*), dont l'action est relayée, au niveau local, par le *directeur régional des affaires sanitaires et sociales* (DRASS), placé sous l'autorité du préfet de région. Le ministre chargé de l'Agriculture et ses services en ce qui concerne les organismes de mutualité sociale agricole, et le ministre chargé du Budget ainsi que les trésoriers payeurs généraux en ce qui concerne la tutelle financière et comptable, participent à l'exercice de la tutelle. On doit enfin mentionner le rôle de l'*inspection générale des affaires sociales* (IGAS) et

de la *Cour des comptes*, qui peuvent exercer leurs pouvoirs d'enquête et de contrôle sur les organismes.

A. L'étendue des pouvoirs de tutelle

1. S'il varie pour partie d'un régime à l'autre, le régime de la tutelle administrative et financière de l'État sur les organismes de sécurité sociale s'avère singulièrement riche, l'autorité de tutelle disposant de pouvoirs étendus tant sur les personnes que sur les actes, qu'elle peut exercer pour des motifs de légalité ou bien de simple opportunité financière. L'appréciation doit être quelque peu nuancée : ne serait-ce que pour des raisons pratiques, l'exercice de la tutelle revêt, réserve faite de certains actes plus particulièrement significatifs (par ex. : nominations des agents de direction, décisions des commissions de recours amiable), un caractère somme toute limité.

S'agissant des organismes locaux et régionaux, l'exercice de la tutelle de l'État entre en concurrence, qui plus est, avec les contrôles exercés, dans le cadre de la branche ou du régime, par les organismes nationaux, qui disposent, notamment dans les domaines des budgets, de l'immobilier et des travaux, de l'informatique ou encore du personnel, de pouvoirs de contrôle souvent plus efficaces. Les pouvoirs publics en ont d'ailleurs tiré parfois les conséquences en transférant purement et simplement certains pouvoirs de tutelle aux organismes nationaux : ainsi la loi du 27 juillet 1994 a-t-elle investi, au sein du régime général, les trois caisses nationales et l'ACOSS du pouvoir d'approuver les budgets de gestion administrative et d'action sanitaire et sociale des organismes locaux et régionaux, pouvoir qui relevait auparavant de la compétence du directeur régional des affaires sanitaires et sociales.

2. La tutelle administrative peut s'exercer sur les personnes :

- L'autorité de tutelle peut ainsi prononcer la *démission d'office* d'un administrateur (par ex. : absence répétée aux séances du conseil d'administration, refus d'accomplir un acte prescrit par la loi), voire la *dissolution* du conseil d'administration en cas de mauvaise gestion ou de mésentente.
- L'autorité de tutelle procède, s'agissant des agents de direction, à leur *agrément* dans les fonctions dont ils sont investis, et peut également suspendre ou retirer l'agrément.

3. La tutelle administrative s'applique, plus encore, aux actes des organismes de sécurité sociale :

- Certains actes sont soumis à l'*approbation préalable* : il en va ainsi des statuts et règlements intérieurs des organismes, des conventions et accords collectifs applicables au personnel ou encore des conventions nationales conclues avec les organisations représentant les professions de santé.
- S'ils sont exécutoires par eux mêmes, les autres actes des organismes peuvent faire l'objet d'une mesure d'*annulation*. L'annulation peut être prononcée soit en raison de l'illégalité de l'acte, soit en raison des risques qu'il comporte pour l'équilibre financier de la branche ou du régime.
- L'autorité de tutelle peut même, dans certains cas, agir par voie de *substitution* après mise en demeure au conseil d'administration de l'organisme s'il se refuse à accomplir un acte prescrit par la loi.

4. La tutelle budgétaire et financière s'applique à la fois aux budgets et aux comptes :

- Si l'approbation des budgets des organismes de base du régime général relève désormais des attributions de l'organisme national, les budgets de gestion adminis-

trative et d'action sanitaire et sociale sont soumis, le plus souvent, à *approbation préalable*. Tel est d'ailleurs le cas des budgets des trois caisses nationales et de l'agence centrale du régime général.

- Les comptes de l'agent comptable font l'objet de vérifications particulières. Traditionnellement soumis à l'approbation du *comité régional d'examen des comptes* (COREC) sous l'égide de la Cour des comptes, les comptes s'inscrivent désormais dans le cadre de la procédure de *certification des comptes* : les comptes des organismes de base sont validés par les agents comptables des organismes nationaux; les comptes de la branche ou du régime sont soumis ensuite à la certification de la Cour des comptes.

5. Le contentieux des mesures prises par l'autorité de tutelle relève, pour l'essentiel, de la compétence des juridictions de l'ordre administratif, qui peuvent être saisies, notamment par les organismes qui ont fait l'objet des mesures litigieuses, d'un recours en annulation pour excès de pouvoir et, le cas échéant, d'un recours en indemnisation.

B. La contractualisation des rapports entre l'État et les organismes de sécurité sociale

1. L'ordonnance du 24 avril 1996 a entendu inscrire les rapports entre l'État et les organismes nationaux du régime général, d'une part, entre ceux-ci et les organismes locaux et régionaux, d'autre part, dans le cadre de *contrats pluriannuels* comportant des engagements réciproques pour la gestion des risques et la bonne marche du service public.

On distingue ainsi :

- Les *conventions d'objectifs et de gestion* (COG), conclues entre l'État et chacune des trois caisses nationales et l'agence centrale : il appartient, en particulier, au conseil de surveillance placé auprès de l'organisme national de s'assurer de la bonne application de la convention.
- Les *contrats pluriannuels de gestion* (CPG), conclus entre la caisse nationale (ou l'agence centrale) et chacun des organismes locaux et régionaux de la branche.

2. Le mécanisme des conventions d'objectifs et de gestion et des contrats de gestion a été étendu ultérieurement aux organismes relevant de la mutualité sociale agricole et, plus récemment, aux organismes du nouveau régime social des indépendants.

> CHAPITRE III

LE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

INTRODUCTION

1. Du financement de la sécurité sociale, on peut retenir, concrètement, quatre éléments caractéristiques :

- Le premier tient à l'importance des sommes en jeu : les dépenses des régimes de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole devraient atteindre ainsi, en 2008, plus de quatre cent vingt milliards d'euros, soit environ un cinquième du produit intérieur brut. La sécurité sociale l'emporte ainsi nettement sur les finances de l'État (c'est en 1975 que le financement de la sécurité sociale a dépassé le montant du budget de l'État) et sur les finances des collectivités territoriales (en dépit de la croissance de celles-ci liées à la décentralisation) (v. Tableau n° 4).
- Les dépenses de la sécurité sociale constituent, pour l'essentiel, des *dépenses de transfert* : à la différence de l'État qui consacre une part étendue de ses ressources au financement des services et des politiques (éducation, justice, sécurité, diplomatie, etc.), le produit des ressources de la sécurité sociale est affecté pour le plus clair de leur montant au financement des prestations servies aux assurés. La part des frais de gestion est, par ailleurs, très faible (environ 4 % dans les branches santé et famille, 1,6 % dans la branche vieillesse, moins de 0,5 % dans la branche recouvrement).
- Le financement de la sécurité sociale demeure, aujourd'hui encore, tributaire des *cotisations* assises sur les revenus d'activité et de remplacement. Si de nouvelles ressources concourent à présent au financement de la sécurité sociale, les cotisations représentent environ deux tiers des ressources (v. *infra*, sect. 2).
- La sécurité sociale est affectée, depuis la fin des années soixante-dix, d'un important déficit. S'il tient pour partie aux difficultés économiques et, en particulier, au chômage persistant qui exerce directement ses effets sur les ressources, le déficit trouve également ses causes dans la dynamique propre des dépenses (incidence de la démographie sur les dépenses des branches vieillesse et santé, progrès médical, modes de vie et de consommation, etc.).

Tableau 4. - BUDGETS PUBLICS (2008)

ÉTAT	383 (y compris les prélèvements sur recettes affectés aux collectivités territoriales [51,2] et à l'Union européenne [18,4] Déficit prévisionnel : - 41,7
SÉCURITÉ SOCIALE	422,5 Déficit prévisionnel : - 7,7
COLLECTIVITÉS TERRITORIALES	167
UNION EUROPÉENNE	126,5 (dont contribution française : 18,4)

2. Les *finances sociales* (l'expression est récente et remonte, au mieux, au mitan des années quatre-vingt-dix) se sont développées durablement en marge des finances publiques. Voici peu encore, les ressources et les charges de la sécurité sociale ne donnaient lieu, à proprement parler, à aucun « budget », ni d'ailleurs à aucune intervention du Parlement. Il n'en va plus de même aujourd'hui, l'institution, en 1996, des *lois de financement de la sécurité sociale* conduisant, chaque année, à soumettre au Parlement les conditions de l'équilibre financier de l'ensemble des régimes de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole et des organismes qui concourent à leur financement.

> SECTION I

Le régime financier et les lois de financement de la Sécurité sociale

S'il n'est pas sans parenté avec les règles qui s'appliquent aux finances des collectivités publiques, le régime financier de la sécurité sociale n'en conserve pas moins une originalité certaine.

§1 – LES PRINCIPES TRADITIONNELS

1. L'organisation et le fonctionnement de la Sécurité sociale reposent, du point de vue financier, sur plusieurs principes :

- Le principe de l'*autonomie des régimes et des branches* : les opérations de recettes et de dépenses afférentes à chaque régime (ou à chaque branche pour les régimes qui, tel le régime général, comportent plusieurs branches) sont effectuées séparément ; elles donnent lieu de même à des comptes distincts. L'autonomie s'applique également, à l'égard de l'État (les relations entre les régimes et le Trésor public et la Caisse des dépôts et consignations donnent d'ailleurs lieu, pour la gestion de la trésorerie, à la conclusion de conventions).
- Le principe de l'*affectation des recettes* : à chaque régime ou à chaque branche, correspondent des recettes distinctes dont le produit ne peut concourir qu'au financement des charges du régime ou de la branche. Le principe s'oppose au principe de l'*universalité* retenue dans le droit des finances publiques, qui conduit à la non affectation des recettes également inscrites au budget de l'État et affectées au financement indifférencié des dépenses.
- La distinction des *gestions techniques* et des *gestions budgétaires* : à la différence des collectivités publiques qui ne peuvent normalement poursuivre leurs dépenses que dans la limite des crédits inscrits à cette fin à leur budget (crédits *limitatifs*), la sécurité sociale est tenue de verser les prestations à ceux de ses usagers qui en remplissent les conditions, indépendamment des fonds disponibles. Il n'y a pas, à proprement parler, de budget de la sécurité sociale, mais une simple gestion technique des recettes et des dépenses. Seul le financement de la gestion administrative et de l'action sanitaire et sociale donne lieu, au sein de chaque organisme, à l'adoption de véritables budgets (alimentés par un prélèvement sur les ressources du régime ou de la branche et dotés de crédits limitatifs), mais l'ensemble des gestions budgétaires ne représente qu'une faible partie des recettes et des dépenses de la sécurité sociale.

2. Les règles financières et comptables applicables aux opérations des organismes de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole varient d'un régime à l'autre.

Les règles applicables au sein du régime général et, moyennant adaptation, à d'autres régimes, s'inspirent des règles de la comptabilité publique. Elles reposent, en particulier, sur la distinction de l'*ordonnateur* et du *comptable*, que concrétise, au sein de l'organisme, l'institution du directeur et de l'agent comptable, tous deux dotés en la matière d'attributions et de responsabilités propres (v. *supra*, chap. III, sect. 2, §3).

Les comptes des organismes font l'objet d'une procédure de vérification et d'approbation. La Cour des comptes est désormais appelée à procéder à la *certification des comptes* de l'ensemble des régimes de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole et des organismes qui concourent à leur financement.

§2 – LES ÉVOLUTIONS RÉCENTES

1. Les évolutions entreprises, dès les années soixante-dix pour certaines d'entre elles, tendent à promouvoir l'unité d'ensemble et la cohérence, du point de vue financier, du système de sécurité sociale.

2. L'évolution affecte ainsi l'autonomie des régimes, certains d'entre eux étant appelés à procéder à des transferts au profit d'autres régimes de manière à compléter leurs ressources. Ces transferts prennent l'appellation de *compensations*.

On distingue en pratique trois formes de compensations.

- La forme la plus radicale conduit à l'*intégration* financière pure et simple des comptes d'un régime déficitaire dans les comptes d'un autre régime. Il en va ainsi, par exemple, du régime des salariés agricoles dont les ressources et les charges sont purement et simplement confondues dans les comptes du régime général.
- La compensation *démographique* repose sur la seule comparaison des rapports entre actifs et inactifs des régimes, les régimes dont le rapport est défavorable bénéficiant ainsi d'une compensation pour partie de leurs charges par les autres régimes. La compensation démographique s'applique, en particulier, dans les rapports entre les régimes de salariés et les régimes de non salariés.
- La compensation *financière* prend également en compte les capacités contributives respectives des ressortissants des régimes pour déterminer les versements des uns au profit des autres. Elle ne s'applique qu'entre les régimes de salariés, les revenus de ces derniers étant exactement connus.

Les mesures de compensation entre les régimes qui représentent chaque année des montants non négligeables (environ vingt-huit milliards d'euros en 2008), sont complexes. Diverses lois ont institué, en effet, des mesures de compensation bilatérales entre des régimes déterminés (par ex. : Caisse nationale des barreaux français et organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales [CNAVPL]), avant que la loi du 24 décembre 1974 ne donne naissance à une compensation généralisée entre les régimes de salariés (compensation démographique et financière en assurance vieillesse) et entre les régimes de salariés et les régimes de non salariés (compensation démographique en assurance vieillesse et en assurance maladie).

3. Il convient de souligner, de même, la multiplication des *fonds* spécialisés, dotés ou non de la personnalité juridique.

La création de certains de ces fonds correspond à un souci de clarification du financement des prestations sociales. Ainsi le *Fonds de solidarité vieillesse* (FSV), institué par la loi n° 93-936 du 22 juillet 1993, a-t-il pour objet le financement, d'une part, des éléments non contributifs retenus pour le calcul des pensions de retraite (par ex. : périodes de chômage validées pour le calcul des droits à pension), d'autre part, des prestations non contributives de vieillesse (aujourd'hui l'allocation de solidarité aux personnes âgées). Le Fonds est alimenté par une fraction du produit de la contribution sociale généralisée et une fraction des droits sur les alcools.

D'autres fonds ont pour objet le financement de prestations spécifiques, auquel la sécurité sociale est appelée à participer. Parmi ceux-ci, on mentionnera :

- Le *Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante* (FIVA) : principalement financé par la branche accidents du travail du régime général, le FIVA a pour objet l'indemnisation des personnes victimes, à titre professionnel ou non, d'une affection liée à l'exposition aux fibres d'amiante.
- Le *Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs victimes de l'amiante* (FCAATA) : principalement alimenté par la branche accidents du travail du régime général et par le régime accidents du travail des salariés agricoles, le FCAATA a pour objet le financement de l'allocation de cessation anticipée d'activité à laquelle peuvent prétendre les salariés et anciens salariés des établissements de fabrication des produits comportant de l'amiante.
- Le *Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie* (dit Fonds de financement de la CMU complémentaire) : institué par la loi du 27 juillet 1999, alimenté par une contribution due par les mutuelles, les institutions de prévoyance et les entreprises d'assurance ainsi que par une dotation de l'État, le Fonds couvre les charges liées à la mise en œuvre de la couverture maladie complémentaire.

Institué par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, érigé en établissement public, le *Fonds de financement des prestations sociales des non salariés agricoles* mérite une mention particulière. Fortement déficitaire (la part des cotisations ne représente pas un cinquième des ressources), le financement des régimes propres aux exploitants agricoles fait appel, de longue date, à de multiples ressources complémentaires (compensation inter-régimes, affectation du produit de certaines taxes sur les produits agricoles, concours financier de l'État) s'inscrivait, depuis 1949, dans le cadre d'un budget annexe au budget de l'État : le *budget annexe des prestations sociales agricoles* (BAPSA). Plus conforme aux règles du droit budgétaire, le nouveau Fonds reprend l'ensemble des opérations afférentes aux recettes et aux dépenses des régimes des exploitants agricoles.

4. L'accumulation, exercice après exercice, de la dette des régimes de sécurité sociale a donné lieu, en 1996, à une solution originale : l'institution de la *Caisse d'amortissement de la dette sociale* (CADES). Née des dispositions de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996, érigée en établissement public, la CADES a pour mission l'apurement de la dette cumulée des exercices antérieurs. Elle dispose à cette fin du produit d'une contribution spécifique : la *contribution pour le remboursement de la dette sociale* (CRDS).

La charge transférée à la CADES a été alourdie à plusieurs reprises, reculant d'autant le délai imparti à la Caisse pour clore l'apurement de la dette. C'est pourquoi la loi organique du 2 août 2005 a précisé que tout nouveau transfert de dette à la Caisse devrait

désormais être assorti d'une augmentation de ses recettes de manière à ne pas allonger la durée d'amortissement.

Au 31 décembre 2007, la CADES avait procédé au remboursement de 35 milliards d'euros de dette ; 73 milliards subsistent dont l'amortissement devrait s'échelonner jusqu'en 2021. Le produit de la CRDS s'élève à six milliards d'euros chaque année.

§3 – LES LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

1. Antérieurement à 1996, le Parlement n'était pas appelé à délibérer des conditions de financement de la sécurité sociale, qui échappait ainsi aux deux principes fondamentaux des finances publiques, d'ailleurs énoncés par la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen du 26 août 1789 : le principe du *consentement à l'impôt* et le principe du contrôle de la *dépense publique*.

Diverses mesures étaient intervenues cependant au fil du temps :

- Annexé au projet de loi de finances, le *budget social de la Nation* (devenu en 1974 l'*effort social de la Nation*) retraçait, pour l'information du Parlement, l'évolution de l'ensemble des prestations sociales (y compris l'aide sociale) et les conditions de leur financement.
- La loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 entendit soumettre, chaque année, au Parlement une information d'ensemble sur les comptes de la sécurité sociale et sur les perspectives des années à venir.
- Le Parlement était appelé enfin à délibérer, dans le cadre de la loi de finances de l'année, de certaines des recettes et des dépenses de la sécurité sociale (par ex. : concours financiers de l'État à certains régimes, crédits afférents à des prestations sociales gérées par les organismes pour le compte de l'État [allocation aux adultes handicapés, allocations non contributives de vieillesse] ; BAPSA).

L'institution des *lois de financement de la sécurité sociale* a modifié radicalement l'étendue des pouvoirs du Parlement auquel il incombe désormais de délibérer, chaque année, des conditions de l'équilibre financier de la sécurité sociale. Instituées par la loi constitutionnelle n° 96-138 du 22 février 1996, les lois de financement ont fait l'objet, successivement, de deux lois organiques : la loi organique n° 96-646 du 22 juillet 1996 et la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005.

2. La loi de financement de la sécurité sociale comporte, aux termes de la loi organique du 2 août 2005, quatre parties :

- La première partie se rapporte au *dernier exercice clos* (l'exercice 2006 pour la loi de financement pour 2008) : il appartient au Parlement d'approuver les tableaux d'équilibre de l'exercice, la formule équivalent à l'approbation des comptes de l'exercice.
- La deuxième partie se rapporte à l'*exercice en cours* (l'exercice 2007 pour la loi de financement pour 2008) : il appartient au Parlement de modifier, s'il y a lieu, les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses retenus lors de l'adoption de la loi de financement précédente. La loi de financement vaut en quelque sorte sur ce point loi de financement *rectificative*.
- La troisième partie s'applique aux *prévisions de recettes* et aux *conditions de l'équilibre financier* de l'exercice à venir (l'exercice 2008 pour la loi de financement pour 2008). Il appartient en particulier au Parlement de déterminer les conditions générales

de l'équilibre financier de l'année à venir, d'approuver les prévisions de recettes par branche (v. *infra*, sect. 2, §1) et de préciser l'objectif d'amortissement de la dette au cours de l'année à venir.

- La quatrième partie s'applique enfin aux *dépenses* de l'exercice à venir (l'exercice 2008 pour la loi de financement pour 2008). Il appartient au Parlement de fixer les *objectifs de dépenses* par branche, de fixer l'*objectif national des dépenses d'assurance maladie* (ONDAM) et ses *sous-objectifs* et de déterminer les charges des organismes appelés à concourir au financement des dépenses des régimes (par ex. : dépenses mises à la charge du Fonds de solidarité vieillesse ou ressources et charges du Fonds de financement des prestations sociales des non salariés agricoles) (v. Tableau n° 5).

Tableau 5. - LES OBJECTIFS DE DÉPENSES PAR BRANCHES (2007 ET 2008)

	2007	2008
Maladie, maternité, invalidité et décès	173,4	179,5
Vieillesse	172,1	179,7
Famille	55,1	56,8
Accidents du travail	11,6	11,8
Total	406,9	422,5

En milliards d'euros

La structure des dépenses retracées par la loi de financement mérite quelques explications :

- Les dépenses sont retracées par *branches* : maladie, maternité, invalidité et décès, vieillesse, famille et accidents du travail, tous régimes de base confondus.
- En quelque sorte extrait de l'objectif des dépenses d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, l'*objectif national des dépenses d'assurance maladie* (ONDAM) est lui-même subdivisé en six *sous-objectifs* (v. tableau n° 6), qui servent de base aux mesures qui concourent, au cours de l'année, à la maîtrise des dépenses de santé. Le montant de l'ONDAM est, malheureusement, dépassé à peu près chaque année (en 2007 ainsi, les dépenses constatées se sont élevées à 147,7 milliards d'euros pour un ONDAM fixé à 144,8 milliards).
- S'ils doivent servir de guide aux mesures de gestion des risques et de maîtrise des dépenses qui incombent aux organismes, les objectifs de dépenses ne revêtent pas un caractère limitatif.

3. La loi de financement de la sécurité sociale est élaborée par le ministre chargé de la Sécurité sociale sous l'autorité du Premier ministre. Elle est soumise, au cours de l'automne, aux deux assemblées. L'examen du projet de loi est assorti de strictes règles de délai pour permettre la publication de la loi avant le 1^{er} janvier. Une fois adoptée par le Parlement, la loi de financement peut être déférée au Conseil constitutionnel (toutes les lois de financement adoptées depuis 1996 ont d'ailleurs fait l'objet d'un recours).

Tableau 6. - LES SOUS-OBJECTIFS DE L'OBJECTIF NATIONAL DE DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE (2008)

SOUS-OBJECTIFS	MONTANT (en milliards d'euros)
Dépenses de soins de ville	70,7
Dépenses relatives aux établissements de santé soumis à la tarification à l'activité	48,9
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	18,8
Contribution de l'assurance maladie aux établissements et services pour personnes âgées	5,4
Contribution de l'assurance maladie aux établissements et services pour personnes handicapées	7,4
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge	0,9

Montant de l'ONDAM pour 2008 : 152,1 milliards d'euros

4. Il convient de préciser que la loi de financement peut comporter, indépendamment des dispositions financières, d'autres dispositions qui touchent aux ressources et aux charges de la sécurité sociale (par ex. : modification des règles d'assiette des cotisations), qui ont une incidence sur le financement de la sécurité sociale ou encore qui concourent à l'information du Parlement. Les dispositions qui s'écartent du domaine de la loi de financement sont, en revanche, exclues et s'exposent à être censurées par le Conseil constitutionnel (on évoque les *cavaliers sociaux* par analogie avec les cavaliers budgétaires propres aux lois de finances).

5. Indépendamment de l'adoption de la loi de financement de la sécurité sociale, le Parlement est également tenu informé des conditions de l'équilibre financier de la sécurité sociale et de leur évolution. Y concourent notamment la présence de représentants des deux assemblées au sein des *conseils de surveillance* des organismes nationaux du régime général, et l'institution du *Comité d'alerte* par la loi du 13 août 2004 (v. *supra*, chap. II, sect. 3, §1).

> SECTION 2

Les ressources de la sécurité sociale

D'un pays à l'autre, le financement de la sécurité sociale repose, principalement, sur deux types de ressources :

- Les *cotisations* : assises sur les revenus professionnels, les cotisations sont l'instrument privilégié des systèmes bismarckiens qui reposent sur un ensemble de régimes socioprofessionnels.
- La *fiscalisation* : le recours à l'impôt s'impose, en revanche, dans les systèmes beveridgiens, qui répondent au principe de la solidarité nationale. La fiscalisation peut aller jusqu'à la *budgétisation*, lorsque le financement de la sécurité sociale est incorporé dans le budget de l'État.

Le financement du système français de sécurité sociale est aujourd'hui en pleine évolution : fondé traditionnellement sur des cotisations assises sur les revenus professionnels, il fait désormais appel, pour une part croissante, à l'impôt.

§1 – LA STRUCTURE DES RESSOURCES

1. La loi de financement de la sécurité sociale retrace, chaque année, les prévisions de recettes par catégories (v. Tableau n° 7).

Tableau 7. - **LES PRÉVISIONS DE RECETTES PAR CATÉGORIES (2007 ET 2008)**

	2007	2008	ÉVOLUTION
Cotisations effectives	204,1	211,4	+ 3,6 %
Cotisations fictives	36,3	37,8	+ 4,1 %
Cotisations prises en charge par l'État	4,2	4,1	–
Autres contributions publiques	15,3	16,0	+ 4,6 %
Impôts et taxes affectés	104,4	112,8	+ 7,9 %
<i>dont CSG</i>	67,3	70,8	+ 5,2 %
Transferts reçus	26,9	28,4	+ 5,6 %
Revenus des capitaux	0,3	0,3	–
Autres ressources	4,0	3,9	– 2,5 %
Total	395,5	414,8	+ 4,9 %

En milliards d'euros

2. Les cotisations représentent, aujourd'hui encore, les deux tiers des ressources de la sécurité sociale. La loi de financement procède à une distinction :

- La catégorie des *cotisations effectives* recouvre les cotisations supportées par les redevables (employeurs et travailleurs indépendants) et versées aux organismes de recouvrement.
- La catégorie des *cotisations fictives* correspond au financement des prestations de certains des régimes spéciaux qui se confondent, en quelque sorte, avec l'employeur (par ex. : régime des pensions civiles et militaires de l'État). Pour en déterminer le montant, il est procédé à l'évaluation du coût pour l'employeur du financement des prestations.
- La loi de financement retrace enfin dans une catégorie distincte les cotisations qui, faisant l'objet de mesures d'exonération ou de réduction au profit des redevables, donnent lieu à compensation par l'État.

3. Trois autres catégories de recettes méritent un commentaire :

- La catégorie des *impôts et taxes affectés* réunit l'ensemble des ressources qui relèvent de la catégorie des impositions de toutes natures. Parmi celles-ci, la *contribution sociale généralisée* occupe une place prépondérante (v. *infra*, §2).
- La catégorie des *autres contributions publiques* recouvre, pour l'essentiel, les concours financiers de l'État à certains régimes (par ex. : subvention d'équilibre allouée au Fonds de financement des prestations sociales des non salariés agricoles).

- La catégorie des *transferts reçus* s'applique principalement aux compensations entre les régimes de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole (v. *supra*, sect. 1, §2).

§2 – LA DIVERSIFICATION DES RESSOURCES

Le financement de la sécurité sociale se caractérise, depuis une quinzaine d'années, par l'évolution de ses ressources.

A. L'évolution du financement de la Sécurité sociale

1. Durablement le système français de sécurité sociale a tiré le plus clair de ses ressources du produit des cotisations assises sur les revenus professionnels. S'il s'y était ajouté, au fil des ans, certaines contributions spécifiques (par ex. : la contribution sociale de solidarité des sociétés instituée en 1967), celles-ci ne jouaient qu'un rôle d'appoint.

L'institution, au début de l'année 1991, de la *contribution sociale généralisée* (CSG), a modifié considérablement la structure du financement de la sécurité sociale. Initialement perçue au taux de 1,3 % et alors affectée en totalité au financement de la branche famille, la CSG a fait l'objet de plusieurs réformes qui en ont à la fois majoré le taux et diversifié l'affectation. Elle représente aujourd'hui près d'un cinquième des ressources de la sécurité sociale (17 % en 2008).

2. La réforme du financement de la sécurité sociale devrait se poursuivre. Parmi les voies envisagées, on mentionnera l'adoption de la *TVA sociale*. Celle-ci peut prendre deux formes bien distinctes :

- La première, de loin la plus simple, consiste à affecter au financement de la sécurité sociale (éventuellement après majoration de son taux) une part du produit de la taxe à la valeur ajoutée actuellement perçue par l'État.
- La seconde, nettement plus ambitieuse, conduit à instituer une contribution spécifique, à la charge des entreprises et assise sur les éléments qui contribuent à la formation de la valeur ajoutée (capital investi, emploi, etc.).

3. Le développement des impôts et taxes au sein des ressources de la sécurité sociale n'est pas sans effet d'ordre juridique. Ces nouvelles ressources ne constituent pas, en effet, des cotisations de sécurité sociale, mais des *impositions de toutes natures* au sens de l'article 34 de la Constitution. Il en résulte une compétence élargie du législateur, appelé à fixer l'assiette, le taux et les modalités de recouvrement de chaque imposition et à en autoriser, chaque année, la perception.

B. La contribution sociale généralisée

1. Instituée par la loi de finances pour 1991, plusieurs fois modifiée, la *contribution sociale généralisée* (CSG) est aujourd'hui l'une des ressources premières du système de sécurité sociale français. Le montant de son produit la classe au deuxième rang des impôts, derrière la TVA et devant l'impôt sur le revenu et l'impôt sur les sociétés.

2. Cinq caractéristiques doivent être soulignées :

- La CSG s'applique à l'*ensemble des revenus* : elle recouvre, en pratique, quatre contributions qui portent, respectivement, sur les revenus d'activité et de remplacement, sur les revenus du patrimoine, sur les produits de placement et sur les sommes engagées ou produits réalisés à l'occasion des jeux.

- La CSG est assortie, en principe, d'un taux *uniforme*, quelles que soient la nature ou l'importance du revenu. Elle revêt donc un caractère *proportionnel*, alors que l'impôt sur le revenu est *progressif*.
- La CSG n'est *déductible* qu'en partie du revenu soumis à l'impôt sur le revenu. La CSG n'était pas, à l'origine, déductible du revenu (de sorte que le contribuable était appelé à payer l'impôt sur une somme dont il n'a pas eu la disposition); toutefois l'importante augmentation du taux de la CSG en 1997 et en 1998 a été assortie de la déductibilité de la part correspondante (ainsi la CSG est-elle déductible aujourd'hui du revenu soumis à l'impôt sur le revenu pour la part correspondant à 5,1 points, le surplus égal à 2,4 points n'étant pas déductible).
- La CSG est soumise à un régime juridique et contentieux original : alors que la contribution sur les revenus d'activité et de remplacement obéit, moyennant certaines règles particulières, aux règles d'assiette et de recouvrement des cotisations de sécurité sociale (elle est d'ailleurs recouvrée par l'URSSAF et relève, en cas de litige, du contentieux général de la sécurité sociale), les autres contributions sont assujetties selon les règles de la législation fiscale, sont recouvrées par le Trésor public et relèvent au contentieux des juridictions administratives.
- La CSG ne revêt pas le caractère d'une cotisation de sécurité sociale, mais constitue une *imposition de toutes natures* au sens de l'article 34 de la Constitution (Cons. const., 28 déc. 1990, décision n° 90-285 DC, *Dr. soc.* 1991, p. 338, note X. Prétot).

3. Perçue initialement au taux de 1,1 %, la contribution sociale généralisée était affectée pour l'intégralité de son montant au financement de la branche famille. Le bénéfice de celle-ci étant ouvert à l'ensemble de la population, il paraissait logique que son financement repose, pour partie, sur une contribution assise sur l'ensemble des revenus de l'ensemble de la population.

Le taux de la CSG a été majoré ensuite à trois reprises : porté à 2,4 % en juillet 1993, il a été relevé au 1^{er} janvier 1997 et au 1^{er} janvier 1998 pour être fixé, en définitive, à 7,5 %.

Le produit de la CSG est aujourd'hui affecté :

- à hauteur de 1,1 point à la branche famille;
- à hauteur de 5,25 points à la branche maladie;
- à hauteur de 1,05 point au *Fonds de solidarité vieillesse* (FSV);
- à hauteur de 0,10 point au *Fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie* (FFAPA).

4. Le principe de l'uniformité du taux de la CSG a été écarté dans plusieurs cas :

- Les titulaires de certains revenus de remplacement sont assujettis à un taux inférieur : 3,8 % (revenus de remplacement non imposables), 6,2 % (allocations de chômage, indemnités journalières maladie, maternité et accidents du travail) ou 6,6 % (pensions d'invalidité et de retraite). Les allocations de préretraite sont de nouveau soumises, en revanche, au taux de 7,5 % (loi de financement pour 2008).
- Certains revenus sont, à l'inverse, soumis à un taux plus élevé : 8,2 % (revenus du patrimoine et produits de placement) et 9,5 % (produits des jeux).

C. Les autres contributions

1. Le financement de la sécurité sociale fait également appel à d'autres contributions. Parmi celles-ci, on mentionnera plus particulièrement :

- La *contribution sociale de solidarité des sociétés* (C3S) : les entreprises en forme de société sont assujetties au paiement d'une contribution (au taux de 0,13 %) assise sur leur chiffre d'affaires, dont le produit est affecté au financement des régimes propres aux travailleurs indépendants. Une contribution de même nature a été instituée, en 1993, au profit du régime d'assurance vieillesse des exploitants agricoles.
- Les *contributions de l'industrie pharmaceutique* : une série de contributions (dont le régime est modifié à peu près chaque année) pèse sur les entreprises pharmaceutiques au profit des régimes d'assurance maladie. Il en va ainsi, en particulier, de la contribution sur les dépenses de publicité des entreprises pharmaceutiques.
- Les *contributions sur les boissons alcooliques* (instituée en 1983) et sur les *boissons dites premix* (loi de financement pour 1997) perçues au profit de la branche maladie.
- La *contribution sur les préretraites d'entreprise* : instituée par la loi du 21 août 2003, elle a pour objet de dissuader les entreprises de se séparer de leurs salariés avant la fin même de leur carrière. Son taux a été porté, par la loi de financement pour 2008, à 50 %.

2. L'apurement de la dette sociale a conduit à l'institution, en 1996, d'une nouvelle contribution : la *contribution pour le remboursement de la dette sociale* (CRDS).

S'inspirant des principes de la CSG, la CRDS s'applique, à travers un ensemble de contributions par catégories de revenus, à l'ensemble des revenus. Le taux de la CRDS est fixé à 0,5 % ; son produit est affecté à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) (v. *supra*, sect. 1, §2).

> SECTION 3

Les cotisations de sécurité sociale

INTRODUCTION

1. Le financement de la sécurité sociale repose aujourd'hui encore, en dépit de l'évolution engagée au cours des quinze à vingt dernières années, sur les cotisations qui représentent les deux tiers de ses ressources.

2. De la notion de cotisation de sécurité sociale, on retiendra les caractéristiques suivantes :

- Les cotisations de sécurité sociale sont assises sur les *revenus professionnels* (revenus d'activité et de remplacement).
- Les cotisations de sécurité sociale sont perçues, sauf exception (v. cotisations de la branche accidents du travail), à un taux *uniforme*.
- Les cotisations de sécurité sociale revêtent (de même que l'assujettissement aux régimes dont elles assurent le financement) un caractère *obligatoire*. Les cotisations figurent d'ailleurs au nombre des *prélèvements obligatoires* au même titre que les impôts.
- Les cotisations de sécurité sociale sont soumises à un régime juridique spécifique, en partie inspiré des règles de la législation fiscale. Elles sont recouvrées par les orga-

nismes de sécurité sociale (notamment les URSSAF) et relèvent, en cas de litige, du contentieux général de la sécurité sociale.

3. Les *cotisations de sécurité sociale* constituent une catégorie juridique particulière, distincte des *impositions de toutes natures*. Selon la jurisprudence constitutionnelle, le critère de la cotisation réside dans le *lien entre l'obligation à cotiser et le droit aux prestations* (Cons. const., 13 août 1993, décision n° 93-325 DC, *Dr. soc.* 1994, p. 69, note J.-J. Dupeyroux et X. Prétot). Un prélèvement revêt le caractère d'une cotisation de sécurité sociale dès lors que le droit aux prestations est déterminé, pour une part, par les cotisations versées antérieurement par l'assuré.

Le régime juridique des cotisations est plus souple que celui des impositions de toutes natures : le taux des cotisations peut être fixé, en particulier, par le pouvoir réglementaire ; de même, la perception des cotisations n'a pas à être autorisée chaque année par la loi de finances. Le régime des cotisations doit respecter cependant le principe de l'*égalité devant les charges publiques*.

§1 – L'ASSIETTE ET LE TAUX DES COTISATIONS DE SÉCURITÉ SOCIALE

La détermination des sommes dues au titre des cotisations de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole repose sur deux éléments : l'*assiette* et le *taux*. Les règles varient en la matière d'un régime à l'autre ; elles s'inspirent toutefois de principes communs.

A. Les cotisations des régimes de salariés : le régime général

Conformément au principe de la séparation des risques issu de la réforme de 1967, d'ailleurs confirmée par les réformes ultérieures, le financement de chacune des branches du régime général est assuré par des cotisations distinctes. Celles-ci obéissent aux mêmes règles d'assiette et de recouvrement ; leurs taux sont fixés, en revanche, en fonction des charges qu'elles doivent couvrir (v. Tableau n° 8).

Nota : Des règles de même nature s'appliquent dans les autres régimes de salariés, notamment au sein des régimes spéciaux. Elles comportent toutefois, le cas échéant, certaines particularités : ainsi, les cotisations ne sont souvent assises, dans les régimes du secteur public (pensions civiles et militaires, SNCF, personnel des industries électriques et gazières), que sur la rémunération proprement dite à l'exclusion, en tout ou partie, des primes et indemnités complémentaires. Le régime des salariés agricoles est soumis, en revanche, aux mêmes règles que le régime général sauf adaptations mineures.

Tableau 8. - TAUX DES COTISATIONS DU RÉGIME GÉNÉRAL (1^{er} JANVIER 2008)

BRANCHE	TAUX TOTAL			ASSIETTE					
				TOTALITÉ DU SALAIRE			SALAIRE SOUS PLAFOND		
				Empl.	Sal.	Total	Empl.	Sal.	Total
Assurances maladie maternité, invalidité et décès	12,80	0,75	13,55	12,80	0,75	13,55			
Assurance vieillesse	9,90	6,75	16,65	1,60	0,1	1,70	8,30	6,65	14,95
Accidents du travail	variable	—		variable	—				
Prestation familiales	5,4	—	5,4	5,4	—	5,4			

1. L'ASSIETTE DES COTISATIONS : LES SOMMES VERSÉES EN CONTREPARTIE OU À L'OCCASION DU TRAVAIL

1. Suivant les dispositions de l'article L. 242-1, alinéa 1^{er}, du Code de la sécurité sociale, l'assiette des cotisations du régime général s'étend à l'ensemble des « sommes versées aux travailleurs en contrepartie ou à l'occasion du travail ».

2. La Cour de cassation retient de ces dispositions une application particulièrement extensive :

- Toute somme, tout avantage perçu par le salarié en raison de son appartenance à l'entreprise doit, en principe, être compris dans l'assiette des cotisations.
- L'assiette s'étend non seulement aux éléments de rémunération en *argent* (salaire, indemnités, etc.), mais également aux avantages en *nature* (leur évaluation donne lieu à l'application de règles forfaitaires).
- L'application des règles d'assiette est indifférente à la forme et à la périodicité de la rémunération ou à la qualification que lui donnent les parties.
- Il importe peu que les sommes et avantages en jeu aient été versés par un tiers (il en va ainsi, par ex., des pourboires ou encore des avantages distribués par le comité d'entreprise ou d'établissement au titre de ses œuvres sociales).

3. L'assiette des cotisations s'étend ainsi :

- à la rémunération proprement dite;
- aux *compléments de salaire* : avantages en nature, pourboires, gratifications et primes; seuls les *secours* échappent aux cotisations.
- aux *substituts de salaire* : les indemnités qui compensent la perte de rémunération (indemnités complémentaires de maladie, indemnités de congés payés), sont ainsi comprises dans l'assiette des cotisations.

4. Certains des éléments de la rémunération du salarié font l'objet de règles particulières :

- Certains compléments de salaire sont exonérés par la loi : tel est le cas, par exemple, des sommes perçues au titre de l'intéressement.
- Les indemnités de rupture du contrat de travail sont exonérées dans la limite des montants prévus soit par le Code du travail, soit par les conventions et accords collectifs applicables. Les indemnités qui excèdent ces montants, sont exonérées dans la limite de plafonds fixés par la loi. Les indemnités liées à la rupture abusive du contrat de travail sont exonérées dans l'intégralité de leur montant.
- Les contributions de l'employeur au financement de la protection sociale complémentaire sont pour partie exonérées : les contributions aux régimes complémentaires de retraite (ARRCO et AGIRC) sont entièrement exonérées; les contributions aux régimes supplémentaires de retraite et aux régimes de prévoyance sont exonérées, dès lors que le régime revêt un caractère collectif et obligatoire, dans la limite d'un plafond. Le financement des régimes à prestations définies fait l'objet de dispositions particulières.

2. LA DÉDUCTION DES FRAIS PROFESSIONNELS

1. Les cotisations de sécurité sociale ne s'appliquent qu'à la rémunération *nette*, une fois déduits les frais professionnels supportés, le cas échéant, par le salarié.

Les frais professionnels recouvrent les sommes versées au travailleur pour le couvrir des *charges de caractère spécial inhérentes à la fonction ou à l'emploi* que celui-ci supporte au

titre de l'accomplissement de ses missions (alimentation, habillement et équipement professionnels, déplacements, expatriation, etc.).

Le régime des frais professionnels fait l'objet d'un arrêté interministériel du 20 décembre 2002.

2. Pour l'évaluation des frais professionnels, l'employeur peut recourir à deux méthodes :

- La déduction des *frais réels* : il doit être justifié du montant des frais par la production des pièces justificatives (factures, notes de frais, etc.).
- L'attribution au salarié d'*allocations forfaitaires* : il doit être prouvé toutefois que celles-ci correspondent, dans leur principe et dans leur montant global, à des frais professionnels effectivement supportés par le salarié.

3. LES LIMITES DE L'ASSIETTE DES COTISATIONS

1. L'assiette des cotisations ne peut être inférieure (compte tenu de la durée du travail à laquelle elles se rapportent) au montant du SMIC ou, le cas échéant, au montant du salaire minimum fixé par les conventions et accords collectifs applicables dans l'entreprise.

2. L'assiette des cotisations était assortie, à l'origine, d'un maximum : la rémunération n'était soumise à cotisations que dans la limite du *plafond des cotisations*.

La règle conduisait à exonérer de cotisations la part supérieure de la rémunération des cadres. Le plafonnement suscitait de vives critiques : contrairement à l'impôt sur le revenu, *progressif* (d'autant plus élevé qu'il frappe les tranches supérieures du revenu), la règle du plafond donnait un caractère *dégressif* aux cotisations (un salarié bénéficiant d'une rémunération égale au double du plafond payait ainsi les mêmes cotisations qu'un salarié ne bénéficiant que d'une rémunération égale au plafond).

L'évolution du droit de la sécurité sociale s'est traduite par le déplafonnement progressif des cotisations : assurance maladie (des mesures de déplafonnement partiel dès 1967 avant un déplafonnement intégral en 1984), accidents du travail (1990) et prestations familiales (1989 et 1990). Depuis le 1^{er} janvier 1991, le plafond ne subsiste plus que pour les cotisations de l'assurance vieillesse, en raison des incidences du plafond sur le financement des régimes complémentaires de retraite.

Montant du plafond au 1^{er} janvier 2008 : 2 773 € par mois (salaire brut avant déduction des cotisations et contributions supportées par le salarié).

4. LES EXONÉRATIONS DE COTISATIONS

1. De nombreuses mesures tendent, dans le souci de favoriser l'emploi, à exonérer ou à réduire les cotisations de sécurité sociale. D'ordinaire les mesures s'appliquent à la part des cotisations supportées par l'employeur de manière à réduire le coût du travail ; certaines d'entre elles étendent leurs effets aux cotisations supportées par le salarié (il en va ainsi, par ex., des cotisations sur les heures complémentaires et supplémentaires en application de la loi n° 2007-1223 du 21 août 2007).

L'État doit, en principe, compenser intégralement le manque à recouvrer pour les régimes de toute mesure d'exonération ou de réduction de cotisations (loi du 27 juill. 1994).

2. Parmi les mesures d'exonération et de réduction de cotisations, on mentionnera la *réduction générale des cotisations* (dite « abattement Fillon »). Issue de la loi n° 2003-47 du 17 janvier 2003, la réduction générale des cotisations a pour objet de réduire les cotisations dues par l'employeur sur les rémunérations comprises entre le SMIC et 1,6 fois le montant du SMIC.

B. Les cotisations des régimes de non salariés

1. Les cotisations afférentes aux régimes des travailleurs indépendants et aux régimes des exploitants agricoles reposent également sur les revenus professionnels. Leur calcul obéit toutefois à des règles particulières.

2. Les travailleurs indépendants étaient astreints, voici peu encore, au paiement de trois cotisations au titre du régime autonome d'assurance vieillesse, du régime d'assurance maladie et maternité et de la branche famille du régime général.

L'institution de l'*interlocuteur social unique* au 1^{er} janvier 2008 conduit à une modification d'importance : désormais les travailleurs indépendants doivent s'acquitter auprès des URSSAF désignés en qualité de centres de paiement du RSI, d'une cotisation globale pour l'ensemble des risques maladie et maternité, vieillesse et allocations familiales. Seuls les membres des professions libérales continuent à régler leurs cotisations au titre de l'assurance vieillesse auprès de l'organisme d'assurance vieillesse dont ils relèvent.

Les cotisations sont assises sur les revenus professionnels déterminés en application des règles de l'impôt sur le revenu : l'assiette est égale ainsi au *revenu imposable net*, avant application des déductions, exonérations et abattements propres à la législation fiscale. La même règle s'applique pour le calcul des contributions sur les revenus et d'activité dues au titre de la CSG et de la CRDS.

Le taux des cotisations est fixé à 16,35 % (assurance vieillesse) (taux ramené à 8,6 % dans le régime de base des professions libérales), à 6,5 % (assurance maladie et maternité) et à 5,4 % (famille). Il s'y ajoute, le cas échéant, les cotisations au titre des régimes complémentaires vieillesse, invalidité et décès propres à certaines catégories de travailleurs indépendants.

En cas d'absence ou d'insuffisance des revenus, une cotisation minimale est exigée de manière à conserver les droits aux prestations de l'assuré.

3. Les exploitants agricoles sont également astreints à cotiser sur leurs revenus professionnels. Suivant les dispositions issues de la loi du 23 janvier 1990 (qui n'est entrée pleinement en application qu'en 1996), les cotisations sont désormais assises sur la moyenne des revenus nets fiscaux des trois derniers exercices moyennant certaines réductions.

Les exploitants agricoles sont tenus, pour le financement des régimes légaux et obligatoires, au paiement de cotisations *techniques* dont le taux est fixé à 8,44 % au titre de l'assurance vieillesse (la cotisation est purement forfaitaire pour le conjoint collaborateur et pour les aides familiaux), à 8,13 % au titre de l'assurance maladie, maternité et invalidité, et à 4,36 % au titre des prestations familiales. Le taux des cotisations afférentes aux accidents du travail est modulé en fonction du risque.

Aux cotisations techniques, s'ajoutent des cotisations *complémentaires* pour le financement des dépenses de fonctionnement du régime et de l'action sanitaire et sociale. Le taux des cotisations complémentaires est fixé, dans chaque département, par le préfet après délibération du conseil d'administration de la caisse de mutualité sociale agricole.

Il s'y ajoute également des cotisations pour le financement des régimes complémentaires : tout exploitant agricole est ainsi tenu au paiement d'une cotisation au taux de 2,97 % au titre du régime complémentaire obligatoire de retraite institué par la loi du 4 mars 2002.

C. Les cotisations dues par les inactifs

1. S'ils étaient à l'origine exonérés de toute cotisation tout en ouvrant droit au bénéfice des prestations en nature des assurances maladie et maternité, les avantages d'invalidité, de retraite et de chômage sont désormais assujettis, sauf exception, à une cotisation au

titre du risque maladie. La cotisation est assise sur le montant de l'avantage et perçue à des taux qui varient selon les prestations (les pensions de retraite des régimes légaux sont assujetties, par ex., au taux de 1 %).

2. Certains assurés sont astreints à cotiser sur la base de l'ensemble de leurs revenus (déterminés selon les règles fiscales). Il en va ainsi, par exemple, des personnes qui, relevant de la couverture maladie universelle, ont des revenus supérieurs à un seuil déterminé (720,33 € par mois en 2008) ; la cotisation est perçue, au taux de 8 %, sur la part du revenu qui excède le seuil.

§2 – LE VERSEMENT DES COTISATIONS DE SÉCURITÉ SOCIALE

Le versement des cotisations de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole repose sur un ensemble de règles qui, pour s'inspirer de la législation fiscale, n'en revêtent pas moins un caractère original.

A. Le débiteur des cotisations

1. Dans les régimes de salariés, l'employeur est seul débiteur des cotisations.

Il revient ainsi à l'employeur de procéder au *précompte* sur le montant de la rémunération brute de la part des cotisations à la charge du salarié, d'y ajouter sa propre part et de verser le tout à l'organisme de recouvrement. La règle vaut y compris lorsque les sommes comprises dans l'assiette des cotisations ont été versées par un tiers.

Le recouvrement des cotisations peut être poursuivi, le cas échéant, auprès d'une autre personne physique ou morale en cas de défaillance de l'employeur. Il en va ainsi, par exemple, en cas de caution. Les dispositions relatives au travail temporaire prévoient de même, en cas de défaillance de l'entreprise de travail temporaire, que l'entreprise utilisatrice lui est substituée de plein droit pour le paiement des cotisations.

2. Dans les régimes de travailleurs indépendants, le travailleur indépendant est lui-même débiteur des cotisations afférentes à son affiliation. La dette de cotisation revêt toutefois le caractère d'une *dette ménagère* au sens de l'article 220 du Code civil, de sorte que le recouvrement des cotisations peut être poursuivi auprès du conjoint de l'assuré.

B. Le fait générateur de la dette de cotisation

1. Le fait générateur de la dette de cotisation de l'employeur est déterminé par le *versement de la rémunération*. Il fixe le point de départ du délai d'exigibilité des cotisations et de la prescription.

Nota : La détermination du fait générateur des cotisations ne se pose pas dans les mêmes conditions dans les régimes de non salariés, dans la mesure où le paiement des cotisations fait l'objet d'un *appel* de cotisations par l'organisme (v. *infra*, §C).

2. L'exigibilité des cotisations dues par l'employeur est enfermée dans de stricts délais à compter du fait générateur. Il convient de procéder à une distinction selon la taille de l'entreprise :

- Lorsque l'entreprise compte de un à neuf salariés, le versement des cotisations doit intervenir chaque *trimestre*, dans les quinze premiers jours du trimestre civil qui suit le trimestre au titre duquel les cotisations sont dues (par ex. : le 15 oct. au plus tard pour les cotisations afférentes aux rémunérations versées au cours des mois de juillet, août et septembre).

- Lorsque l'entreprise compte dix salariés ou davantage, le versement des cotisations doit intervenir chaque *mois*, soit dans les quinze premiers jours du mois pour les sommes versées entre le 1^{er} et le 10 du même mois (par ex. : le 15 oct. au plus tard pour les cotisations afférentes aux sommes versées entre le 1^{er} et le 10 oct.), soit dans les quinze jours du mois qui suivent pour les sommes versées après le 10 du mois (par ex. : le 15 nov. au plus tard pour les cotisations afférentes aux sommes versées entre le 11 et le 30 oct.).
- Lorsque l'entreprise compte plus de cinquante salariés, le second délai est ramené de quinze à dix jours (par ex. : le 10 nov. au plus tard pour les cotisations afférentes aux sommes versées entre le 11 et le 30 oct.).

3. Les cotisations de sécurité sociale sont, en principe, *portables* et non *quérables*.

C. Les modalités du paiement des cotisations

1. Dans les régimes de salariés, c'est à l'employeur, débiteur des cotisations, que revient le soin de procéder, en fonction des échéances de la paie, au versement des cotisations. Le paiement doit être assorti de pièces justificatives (un bordereau récapitulatif accompagne chaque paiement, la déclaration annuelle des données sociales doit être produite chaque année). Il peut y avoir lieu, le cas échéant, à régularisation annuelle (au mois de janvier de l'année suivante : cet ajustement se fonde sur un tableau récapitulatif annuel). Le paiement peut être effectué par tous moyens (y compris le téléversement).

2. Dans les régimes de non salariés, le versement des cotisations obéit à des règles particulières. En effet, les cotisations étant assises sur le revenu imposable net, ce sont, en pratique, les services fiscaux qui déterminent, en fonction de la déclaration des revenus de l'intéressé, le montant des revenus professionnels qui constituent l'assiette des cotisations, et le communiquent aux organismes sociaux. Ceux-ci notifient ensuite au redevable le montant des cotisations dues, qui donnent lieu, en principe, à un versement mensuel.

3. En cas de difficultés, le redevable peut solliciter des délais pour le paiement des cotisations : seul l'organisme de recouvrement peut toutefois accorder de tels délais (non le juge civil saisi en application de l'article 1244-1 du Code civil). L'ouverture d'une procédure collective se traduit par la suspension des poursuites.

4. Le paiement des cotisations doit être effectué, normalement, auprès de l'organisme correspondant. Le principe est toutefois assorti désormais de deux précisions :

- Les entreprises qui comptent 2 000 salariés au moins sont tenues, à compter du 1^{er} janvier 2008, de verser pour les salariés de l'ensemble de leurs établissements les cotisations à une seule URSSAF faisant fonction d'*interlocuteur unique*. La réforme rend ainsi obligatoire le régime du *versement en un lieu unique* (VLU) qui constituait auparavant une simple faculté pour les entreprises comptant plusieurs établissements. La même obligation s'appliquera, à compter du 1^{er} janvier 2009, aux entreprises qui comprennent de 250 à 2 000 salariés.
- Les organismes du Régime social des indépendants jouent de même le rôle d'*interlocuteur social unique*, pour l'ensemble des cotisations et contributions dues par les intéressés (y compris la cotisation allocations familiales du régime général, la CSG et la CRDS), pour les travailleurs indépendants relevant des professions industrielles et commerciales et des professions artisanales.

D. Les prescriptions

Le régime du paiement des cotisations de sécurité sociale est assorti de deux prescriptions bien distinctes :

- La prescription de la *dette de cotisation* : la dette de cotisation se prescrit par *trois ans*. Jusqu'en 2003, la prescription courait à compter du fait générateur des cotisations. Dans un souci de simplification, la prescription court désormais (comme en matière fiscale) par année civile : elle s'applique ainsi aux cotisations dues pour les trois années civiles écoulées et l'année en cours.
- La prescription de l'*action en recouvrement* : celle-ci se prescrit par *cinq ans* à compter de l'expiration du délai imparti au redevable par la mise en demeure pour s'acquitter de ses obligations (le délai s'impose y compris en cas de redressement opéré dans le cadre de la lutte contre le travail illégal).

E. Les sûretés

Le paiement des cotisations de sécurité sociale est garanti par un *privilège sur les biens meubles* du débiteur (qui prend rang concurremment avec le privilège des salariés pour le paiement des salaires) et par une *hypothèque légale* sur les immeubles du débiteur.

§3 – LES PROCÉDURES DE CONTRÔLE ET DE REDRESSEMENT – LE RECOUVREMENT FORCÉ DES COTISATIONS DE SÉCURITÉ SOCIALE

Si le versement des cotisations repose, pour une large part, sur l'exécution par le redevable, employeur, travailleur indépendant ou exploitant agricole, de ses obligations, les organismes de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole disposent, pour veiller au recouvrement des sommes dues, d'importantes prérogatives.

A. Le contrôle et le redressement des cotisations

1. Les organismes de recouvrement peuvent procéder, au siège de l'entreprise ou de l'exploitation, au contrôle de l'assiette et du versement des cotisations. Le redevable est tenu de recevoir l'agent chargé du contrôle et de lui communiquer les documents, pièces et éléments nécessaires au contrôle (livre de paie, comptabilité, etc.). Le décret du 11 avril 2007 ouvre également la possibilité de procéder, au siège de l'organisme de recouvrement, à un contrôle partiel d'assiette sur pièces.

Les prérogatives de l'agent chargé du contrôle ne sont pas sans limites : le contrôle doit être précédé de l'envoi au préalable d'un avis (sauf contrôle diligenté dans le cadre de la lutte contre le travail illégal) ; l'agent ne peut pas rechercher lui-même, ni saisir les documents dont il estime avoir besoin ; s'il peut interroger les salariés (pour connaître leur identité, leur rémunération et les retenues subies), il ne peut pas se rendre à leur domicile pour les entendre, ni même les entendre au siège de l'URSSAF.

Le déroulement du contrôle doit répondre enfin aux exigences du principe du *contradictoire*. Une fois les opérations achevées, l'agent adresse au redevable un document qui rappelle celles-ci et précise, le cas échéant, la nature, le mode de calcul et le montant des redressements envisagés. Le redevable dispose de trente jours pour répondre : l'organisme ne peut notifier une mise en demeure avant l'expiration de ce délai ou de la réponse du redevable.

2. Lorsque le contrôle a révélé des erreurs et omissions dans les cotisations, l'organisme peut procéder au *redressement* des cotisations. Le redressement doit être déterminé en fonction des éléments communiqués par le redevable. L'agent peut, lorsque l'entreprise compte un nombre de salariés relevant des mêmes pratiques de rémunération, procéder, sous certaines conditions (notamment l'accord de l'employeur), au redressement en

fonction des résultats d'un contrôle par *échantillonnage*. Lorsque les éléments produits par le redevable sont insuffisants, inexistants ou insincères, l'organisme peut procéder de même à la *taxation forfaitaire*.

Le contrôle et le redressement portent, naturellement, sur l'assiette et le versement des cotisations dues par le redevable. L'organisme peut également s'interroger sur l'application des règles d'assujettissement, par exemple en procédant à la requalification en contrat de travail du contrat d'un collaborateur de l'entreprise pour soumettre celui-ci au paiement des cotisations correspondantes.

S'inspirant des règles de la législation fiscale, la loi du 19 décembre 2007 institue une procédure d'*abus de droit*, qui doit permettre aux organismes de recouvrement de procéder à la *requalification* des actes du redevable qui n'ont eu d'autre objectif que d'éluder le paiement des cotisations.

3. Plusieurs dispositions, récemment intervenues, tendent à l'amélioration des rapports entre les organismes de recouvrement et leurs usagers. Il en va ainsi, par exemple, de la procédure du *rescrit social* instituée par l'ordonnance n° 2005-651 du 6 juin 2005 : l'employeur peut solliciter l'avis de l'URSSAF sur sa situation au regard de certaines règles d'assiette (application de certaines règles d'exonération, contribution aux régimes de retraite complémentaire et de prévoyance, avantages en nature et frais professionnels) ; la réponse de l'URSSAF (qui doit intervenir normalement dans les quatre mois) lui est ensuite opposable, notamment à l'occasion d'un contrôle, tant que la situation du redevable et/ou la législation n'ont pas été modifiées.

B. Le recouvrement forcé des cotisations

Les organismes de recouvrement peuvent procéder, le cas échéant, au *recouvrement forcé* des cotisations dues.

1. LA MISE EN DEMEURE PRÉALABLE

1. Quelle que soit la voie choisie, le recouvrement des cotisations ne peut intervenir que pour autant que l'organisme de recouvrement a délivré au préalable une *mise en demeure* au redevable.

2. La mise en demeure constitue, au sens fort du terme, la *décision de recouvrement*. Elle détermine le montant des sommes réclamées en définitive et interrompt la prescription.

La mise en demeure revêt un caractère purement administratif. Elle n'est pas soumise aux règles du Code de procédure civile et peut ainsi, par exemple, faire l'objet d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

3. La mise en demeure doit être motivée : elle doit préciser, à peine de nullité, la nature et le montant des cotisations réclamées ainsi que la période à laquelle elles se rapportent, de manière à permettre au redevable de connaître la nature, la cause et l'étendue de son obligation. Énoncée par la jurisprudence (Soc., 19 mars 1992, *M. Deperne c. URSSAF du Var*, *Bull. civ. V*, n° 204 ; D. 1993, *Somm.* 275, obs. X. Prétot), la règle de la motivation a été reprise par le décret du 11 avril 2007 (art. R. 244-1, al. 1^{er} C. séc. soc.).

2. LES PROCÉDURES DE RECOUVREMENT FORCÉ

1. Pour obtenir le paiement des cotisations, les organismes de recouvrement disposent de deux voies de droit commun :

- La saisine du *tribunal des affaires de sécurité sociale* aux fins de condamnation du redevable au paiement des sommes dues.

- La *constitution de partie civile* devant le tribunal de police ou le tribunal correctionnel saisi des poursuites pour non paiement des cotisations et/ou rétention indue du précompte. Cette voie est réservée au recouvrement des cotisations dues au titre des régimes des salariés, qui sont seules assorties de sanctions pénales (v. *infra*, §4).

2. Les organismes de recouvrement peuvent également user d'une voie exorbitante du droit commun, directement inspirée de la procédure de l'état exécutoire propre au droit administratif : la procédure de la *contrainte*.

Après mise en demeure restée infructueuse, l'organisme de recouvrement peut délivrer, sous la seule signature de son directeur, une *contrainte*. Signifiée par voie d'huissier, la contrainte doit être motivée dans les mêmes conditions que la mise en demeure. Le redevable peut former *opposition* à la contrainte, dans les quinze jours, devant le tribunal des affaires de sécurité sociale ; l'opposition n'est recevable cependant que si elle est motivée.

Si la contrainte fait l'objet d'une opposition, il appartient au tribunal de mettre fin au litige, soit en annulant la contrainte, soit en rejetant l'opposition et en validant la contrainte. À défaut d'opposition, la contrainte produit tous les effets qui s'attachent à un jugement, et peut donner lieu, en particulier, à la mise en œuvre des voies d'exécution.

3. Les organismes de recouvrement peuvent également recourir à la *procédure sommaire*. Celle-ci conduit, en pratique, à confier le recouvrement forcé des cotisations à l'autorité publique : les cotisations font l'objet d'un état rendu exécutoire par le préfet, dont l'exécution est poursuivie à la diligence du Trésor public. Cette procédure n'est plus utilisée aujourd'hui.

§4 – LES SANCTIONS

Le paiement des cotisations de sécurité sociale est assorti d'une série de sanctions.

A. Les sanctions pénales

Dans le régime général, l'employeur s'expose, lorsqu'il ne s'acquitte pas de ses obligations, à des sanctions pénales.

On distingue ainsi :

- La *rétention indue du précompte* : érigée en contravention de 5^e classe, elle relève de la catégorie des délits correctionnels en cas de récidive.
- Le *défaut de paiement des cotisations employeur* et le *défaut de production des pièces justificatives* : la première infraction relève de la catégorie des contraventions de 3^e classe, la récidive de la catégorie des contraventions de 5^e classe.
- L'*obstacle au contrôle* des agents de l'URSSAF est sanctionné des mêmes peines que l'obstacle au contrôle de l'inspection du travail.

B. Les sanctions administratives : les pénalités et les majorations de retard

1. Le redevable des cotisations s'expose, lorsqu'il ne s'acquitte pas de ses obligations, à des sanctions administratives. On distingue ainsi :

- Les *pénalités* : applicable en cas de défaut de production de certaines pièces (bordereau récapitulatif, déclaration annuelle des données sociales) ou d'omission ou inexactitude dans la déclaration des rémunérations, la pénalité est égale à 7,5 € et perçue autant de fois qu'il y a de salariés intéressés (sans pouvoir excéder 750 €).

- Les *majorations de retard* : elles s'appliquent au montant des cotisations dues en cas de retard dans le paiement de celles-ci. Suivant les dispositions issues du décret du 11 avril 2007, le taux des majorations de retard est désormais fixé à 5 % du montant des sommes dues (10 % en cas de travail dissimulé), auquel s'ajoute une majoration supplémentaire de 0,4 % par mois ou fraction de mois écoulé à compter de la date d'exigibilité des cotisations.

2. Les pénalités et les majorations de retard peuvent faire l'objet d'une *remise* selon des modalités considérablement simplifiées par le décret du 11 avril 2007.

En principe, les pénalités et les majorations de retard font l'objet d'une *remise automatique* par le directeur de l'organisme de recouvrement lorsqu'aucune infraction n'a été commise au cours des vingt-quatre mois précédents, que leur montant est inférieur au montant du plafond mensuel des cotisations et que le redevable s'est acquitté de ses obligations litigieuses (paiement des cotisations, production des documents) dans le mois suivant la date de l'exigibilité des cotisations. La remise automatique est écartée cependant lorsque le redressement est intervenu à la suite d'une infraction de *travail dissimulé*, ou que le contrôle a donné lieu à la constatation de la *mauvaise foi* du redevable.

À défaut de remise automatique, les pénalités et majorations de retard peuvent faire l'objet d'une *remise gracieuse* par le directeur de l'organisme (ou par la commission de recours amiable lorsque leur montant excède un seuil déterminé). La remise ne peut intervenir cependant que pour autant que les cotisations litigieuses ont été réglées et que le redevable a fait la preuve de sa bonne foi. Si la remise gracieuse peut porter, en principe, sur l'ensemble des pénalités et majorations, elle ne s'applique pas à la majoration forfaitaire initiale de 5 % lorsque l'absence de bonne foi du redevable a été constatée lors du contrôle, ni à la majoration forfaitaire initiale de 10 % due en cas de travail dissimulé.

L'application des pénalités et majorations de retard et leur remise peuvent faire l'objet d'un recours contentieux auprès des juridictions du contentieux général de la sécurité sociale.

C. Les sanctions civiles

1. L'employeur qui ne se conforme pas à ses obligations en matière d'assujettissement et de cotisations, s'expose à des sanctions civiles :

- Le salarié peut mettre en cause la *responsabilité civile* de l'employeur lorsqu'il est privé, en tout ou partie de ses droits, du fait des manquements de l'employeur à ses obligations.
- La caisse primaire d'assurance maladie peut, lorsque l'employeur n'a pas acquitté l'intégralité des cotisations dues, poursuivre auprès de celui-ci le recouvrement de certaines des prestations qu'elle est appelée à servir au titre de l'assurance maladie ou des accidents du travail (art. L. 244-8 C. séc. soc.).

2. Le travailleur indépendant qui ne s'acquitte pas du paiement de ses cotisations, s'expose à la privation de ses droits. La loi du 27 juillet 1999 a toutefois enserré dans de strictes limites la suspension des droits aux prestations de l'assurance maladie : le droit aux prestations n'est suspendu qu'au terme d'un délai de trente jours à compter de la date d'échéance des cotisations ; seule la mauvaise foi peut conduire à la suppression des droits.

> CHAPITRE IV

QUESTIONS COMMUNES

Il convient, indépendamment des règles d'assujettissement aux différents régimes, des modalités de leur administration et des conditions de leur financement, d'évoquer certaines questions qui touchent à l'ensemble des régimes.

> SECTION 1

Le contentieux de la sécurité sociale

Le droit de la sécurité sociale se caractérise par l'institution, pour la résolution des litiges auxquels son application donne lieu, de *juridictions spécialisées*. Cette formule, dont s'inspire également le droit de l'aide sociale, trouve sa justification dans la nature propre des litiges en cause et, plus encore, dans le caractère *alimentaire* de nombre des prestations de sécurité sociale. Dès 1945-1946, le législateur a entendu faciliter ainsi l'accès au prétoire des usagers du service public en aménageant des procédures simples, rapides et peu coûteuses.

On distingue deux séries de contentieux spécialisés.

§1 – LE CONTENTIEUX GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Institué par la loi du 24 octobre 1946, réformé à plusieurs reprises, le contentieux général de la sécurité sociale s'applique à la majorité des litiges nés de l'application du droit de la sécurité sociale. Il repose sur des juridictions spécialisées de l'ordre judiciaire.

A. Le champ d'application du contentieux général

1. Le contentieux général s'applique aux litiges à caractère *individuel* intéressant l'application des lois et règlements propres à la sécurité sociale et à la mutualité sociale agricole.

La compétence des juridictions du contentieux général recouvre ainsi, principalement, trois catégories de litiges :

- les litiges relatifs à l'assujettissement aux régimes de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole ;
- les litiges relatifs à l'assiette, au versement, au contrôle, au redressement et au recouvrement forcé des cotisations de sécurité sociale ;
- les litiges relatifs à l'attribution et au paiement des prestations.

La compétence du tribunal des affaires de sécurité sociale peut s'étendre à certains litiges lorsqu'ils sont *accessoires* à un litige relevant naturellement de sa compétence. Ainsi le tribunal peut-il connaître d'une action en responsabilité de l'organisme lorsqu'elle se rattache à un litige relevant du contentieux général (par ex. : réparation du préjudice résultant du refus d'une prestation) et est jointe à l'action principale relative au litige en cause.

2. Diverses lois sont venues par ailleurs étendre la compétence des juridictions du contentieux général à des contentieux qui entretiennent des liens étroits avec la sécurité sociale. Il en va ainsi par exemple :

- du contentieux de certaines prestations sociales, dont l'attribution et le paiement relèvent des attributions des organismes de sécurité sociale (par ex. : allocation aux adultes handicapés, allocation de solidarité aux personnes âgées) ;
- du contentieux de certaines contributions qui obéissent à des règles d'assiette et de paiement voisines des règles applicables aux cotisations de sécurité sociale (par ex. : contributions sur les revenus d'activité et de remplacement perçues au titre de la CSG et de la CRDS) ;
- du contentieux de la faute inexcusable de l'employeur en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

3. La compétence des juridictions du contentieux général ne s'étend pas, en revanche, à des litiges qui, quels que soient leurs liens avec la sécurité sociale, relèvent par nature d'un autre contentieux. Sont alors compétentes :

- les juridictions *civiles* de droit commun : litiges intéressant l'état des personnes ou l'obligation alimentaire, vérifications d'écritures ;
- les juridictions *pénales* : répression des infractions pénales (fraude, escroquerie, défaut de paiement des cotisations, etc.) ;
- les juridictions *administratives* : contentieux des actes réglementaires (décrets, arrêtés et circulaires), des conventions nationales de l'assurance maladie et des décisions des autorités de tutelle.

Il convient de réserver également la compétence propre des juridictions relevant des contentieux spéciaux (v. *infra*, §2).

B. Les juridictions du contentieux général : le tribunal des affaires de sécurité sociale

1. Le contentieux général comportait, à l'origine, un double degré de juridictions spécialisées : la commission de première instance et la commission régionale du contentieux général de la sécurité sociale et de la mutualité sociale agricole. La réforme judiciaire opérée par l'ordonnance du 22 décembre 1958 a conduit à la suppression de la commission régionale, l'appel des décisions prises par la commission de première instance relevant désormais de la cour d'appel. La loi du 25 juillet 1985 a substitué à l'ancienne appellation de « commission de première instance » celle de « *tribunal des affaires de sécurité sociale* » (TASS).

2. Le tribunal des affaires de sécurité sociale est une juridiction civile spécialisée de l'ordre judiciaire. Il existe, en principe, un tribunal dans le ressort de chaque département (certains départements en comptent plusieurs).

La composition du tribunal des affaires de sécurité sociale est originale. Elle répond, en effet, aux principes de l'*échevinage*. Chaque tribunal compte ainsi :

- le président du tribunal de grande instance (ou le magistrat qu'il délègue à cette fin), qui préside le tribunal ;
- deux assesseurs représentant, l'un les salariés, l'autre les employeurs et travailleurs indépendants, désignés par le président du tribunal de grande instance sur une liste dressée par le directeur régional des affaires sanitaires et sociales, après présentation par les organisations syndicales les plus représentatives.

C. La procédure

La procédure applicable devant les juridictions du contentieux général de la sécurité sociale tend, avant tout, à faciliter le règlement rapide des litiges qui opposent les organismes à leurs usagers.

1. LA PROCÉDURE PRÉALABLE DU RECOURS AMIABLE

1. Préalablement à toute saisine des juridictions, l'utilisateur doit, sauf exception, former un recours devant la *commission de recours amiable* (antérieurement à la loi du 25 juill. 1985, la commission s'intitulait : *commission de recours gracieux*).

2. La commission de recours amiable est désignée parmi ses membres par le conseil d'administration de l'organisme et compte normalement quatre membres (deux administrateurs de la catégorie du réclamant, deux administrateurs des autres catégories)

Après instruction du recours par les services de l'organisme, la commission de recours amiable se prononce sur le recours de l'utilisateur. Elle émet en principe un avis, à charge pour le conseil d'administration de se prononcer ensuite; en pratique, le conseil d'administration délègue à la commission de recours amiable ses pouvoirs de décision sur les recours dont elle est saisie.

La décision de la commission de recours amiable doit être motivée et notifiée à l'auteur du recours. Elle est soumise, au préalable, à l'autorité de tutelle qui peut l'annuler, notamment lorsque celle-ci estime la décision illégale.

La commission de recours amiable doit statuer, en principe, dans le délai d'un mois : le silence gardé pendant plus d'un mois vaut rejet implicite du recours de l'utilisateur qui peut se pourvoir devant le tribunal des affaires de sécurité sociale. Toutefois, si la commission statue postérieurement au délai d'un mois, la notification de sa décision re-ouvre les délais de saisine de la juridiction.

3. La commission de recours amiable ne constitue pas une juridiction, mais une simple instance administrative au sein de l'organisme. La décision qu'elle prend (ou que prend le conseil d'administration, notamment en cas de partage des voix), revêt le caractère d'un acte *administratif*.

2. LA PROCÉDURE APPLICABLE DEVANT LES JURIDICTIONS DU CONTENTIEUX GÉNÉRAL

1. La procédure applicable devant les juridictions du contentieux général tend à faciliter l'accès au prétoire : elle obéit depuis 1946 au triple principe de la simplicité, de la rapidité et de la gratuité.

2. La procédure applicable devant le tribunal des affaires de sécurité sociale est très simple :

- Le tribunal peut être saisi par simple requête remise au secrétariat-greffe ou adressée par lettre recommandée; la requête doit être introduite, en principe, dans les deux mois de la notification de la décision de la commission de recours amiable ou de la venue à expiration du délai d'un mois valant rejet implicite.
- Les parties peuvent agir et comparaître personnellement ou se faire représenter ou assister par un avocat, par un membre de leur famille ou par un membre de la catégorie à laquelle elles appartiennent (salarié, travailleur indépendant, délégué d'une organisation représentative).

- Le président du tribunal dirige, avec le concours du secrétariat-greffe, l'instruction du recours; il peut exiger la production de pièces, appeler des parties en la cause ou encore ordonner une enquête;
- Il appartient au tribunal non d'annuler la décision de l'organisme, mais de se prononcer sur le fond des droits et obligations des parties en présence.
- Le jugement qui peut être muni de l'exécution provisoire, est notifié aux parties par le secrétariat-greffe du tribunal.

La procédure devant le tribunal des affaires de sécurité sociale demeure assujettie, par ailleurs, aux deux grands principes de la procédure civile :

- le principe du contradictoire;
- le principe de l'*oralité des débats*.

4. Les recours portés devant le tribunal des affaires de sécurité sociale sont communiqués pour information au directeur régional des affaires de sécurité sociale (ou à son homologue des services du ministère de l'Agriculture, lorsque le litige intéresse la mutualité sociale agricole). Celui-ci peut présenter au tribunal des observations écrites ou orales et, s'il est ainsi intervenu dans un litige, il peut ensuite interjeter appel ou se pourvoir en cassation.

5. Les jugements du tribunal des affaires de sécurité sociale peuvent faire l'objet d'un appel ainsi que d'une tierce opposition. Ils sont rendus toutefois en premier et dernier ressort lorsque le litige est compris dans les limites de la compétence en premier et dernier ressort des tribunaux d'instance et de grande instance (soit 3 500 €). Les jugements en dernier ressort peuvent faire l'objet, de même que les arrêts des cours d'appels, d'un pourvoi en cassation devant la Cour de cassation.

Devant la cour d'appel, l'instruction et le jugement des litiges obéissent aux mêmes règles qu'en première instance. Devant la Cour de cassation en revanche, ce sont les règles de droit commun du pourvoi en cassation qui s'appliquent (notamment le recours obligatoire au ministère d'un avocat à la Cour de cassation et au Conseil d'État). Porté voici peu encore devant la chambre sociale, le contentieux de la sécurité sociale relève, depuis le 1^{er} avril 2003, des attributions de la 2^e chambre civile de la Cour de cassation.

§2 – LES CONTENTIEUX SPÉCIAUX DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Les contentieux spéciaux ont, à la différence du contentieux général de la sécurité sociale, un champ d'application étroitement déterminé. Ils ne sont pas sans susciter des difficultés.

A. Une procédure à part : l'expertise médicale

1. La procédure de l'expertise médicale ne constitue pas un contentieux proprement dit; elle est assortie toutefois de certains effets qui lui confèrent un caractère à part au regard des règles de procédure.

2. La procédure de l'expertise s'applique aux différends d'ordre médical qui opposent le médecin traitant de l'assuré (assurance maladie et maternité) ou de la victime (accident du travail) sur l'état de santé de celui-ci : justification dans son principe et dans sa durée d'un arrêt de travail, bien-fondé d'un traitement ou d'une hospitalisation dans un établissement déterminé, nécessité d'un transport sanitaire, etc.

Elle s'applique également à l'appréciation de l'état de l'enfant dont les parents sollicitent l'attribution de l'allocation de présence parentale (v. *infra*, deuxième partie, chap. IV).

Nota : Une ordonnance du 24 avril 1996 a étendu, selon des modalités particulières, le champ d'application de la procédure de l'expertise médicale aux contestations formées par les professionnels de santé sur l'application des nomenclatures des actes professionnels. Ces dispositions n'ont jamais fait l'objet toutefois d'un décret d'application.

3. La procédure de l'expertise médicale peut s'appliquer indépendamment de toute procédure contentieuse. Il appartient alors aux deux parties de désigner d'un commun accord le médecin expert, à charge pour celui-ci d'effectuer sa mission. L'avis émis par le médecin expert s'impose aux deux parties, dès lors qu'il est clair et dépourvu d'ambiguïté.

4. La procédure de l'expertise peut trouver également application devant le tribunal des affaires de sécurité sociale. Chaque fois que celui-ci est saisi d'un litige qui comporte une difficulté d'ordre médical, il est tenu d'ordonner une expertise médicale. Si l'avis émis par l'expert médical ne lie plus, à proprement parler, le juge (depuis une loi du 23 janv. 1990), ce dernier ne saurait ni substituer son appréciation à celle de l'expert, ni recourir à une expertise médicale de droit commun. Il peut seulement, s'il s'estime insuffisamment informé, ordonner, de son propre chef ou à la demande de l'une des parties, soit un complément d'expertise, soit une nouvelle expertise médicale.

B. Le contentieux technique de la sécurité sociale

1. Le contentieux technique de la sécurité sociale s'applique à deux catégories de litiges :

- La première catégorie réunit des litiges à forte dominante médicale : inaptitude au travail (attribution de la pension d'invalidité), inaptitude au travail (attribution de la pension de retraite) et incapacité permanente de travail (attribution de la rente accidents de travail).
- La seconde catégorie s'applique à certains litiges nés de l'application des règles de la tarification du risque accidents du travail (classement des établissements, contestation des taux réels, ristournes et cotisations supplémentaires) (v. *infra*, deuxième partie, chap. III, sect. 1, §2).

2. Le contentieux technique de la sécurité sociale relève d'une double juridiction spécialisée :

- le *tribunal du contentieux de l'incapacité* (TCI) connaît en premier ressort des seuls litiges intéressant l'inaptitude ou l'incapacité des assurés ;
- la *Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail* (CNITAAT) connaît, d'une part et en appel, des jugements rendus par les tribunaux du contentieux de l'incapacité, d'autre part et en premier et dernier ressort, des litiges intéressant la tarification du risque accident du travail.
- les arrêts de la CNITAAT peuvent faire l'objet d'un pourvoi en cassation devant la 2^e chambre civile de la Cour de cassation.

3. Les juridictions du contentieux technique de la sécurité sociale constituent, en dépit de la nature des questions dont elles ont à connaître, des juridictions civiles spécialisées. Principalement composées à l'origine de fonctionnaires des services sanitaires et sociaux et d'agents des organismes, elles ont été profondément réformées à la fin du siècle dernier, la Cour de cassation ayant été amenée à juger une telle composition incompatible avec les exigences du droit au procès découlant de la Convention européenne des droits de l'homme (art. 6).

C. Le contentieux du contrôle technique

1. Le contentieux du contrôle technique a pour objet de veiller au respect des règles techniques, administratives et économiques qui s'imposent aux praticiens et auxiliaires médicaux lorsqu'ils traitent les assurés sociaux.

Nota : Le contentieux du contrôle technique ne doit pas être confondu avec les sanctions que les organismes d'assurance maladie peuvent prendre à l'encontre des professionnels de santé sur le fondement de certaines des dispositions du Code de la sécurité sociale (par ex. : pénalités financières, reversement des prestations indues) ou des conventions nationales (sanctions conventionnelles).

2. L'organisation du contentieux du contrôle technique s'inscrit dans le cadre des ordres professionnels. Au sein de chacun des ordres, il existe ainsi normalement :

- en première instance, la *section des assurances sociales du conseil régional de l'ordre*, présidée par un magistrat de l'ordre administratif et composée d'assesseurs représentant paritairement les organismes d'assurance maladie et les professionnels de santé;
- en appel, la *section des assurances sociales du conseil national de l'ordre*, présidée par un conseiller d'État et également composée de manière paritaire.

Les juridictions du contentieux du contrôle technique sont des juridictions administratives spécialisées; les décisions prises par les sections des assurances sociales des conseils nationaux peuvent faire l'objet d'un pourvoi en cassation devant le Conseil d'État.

3. Les juridictions du contentieux du contrôle technique sont saisies, à l'initiative des organismes d'assurance maladie ou de leurs services du contrôle médical, de tous faits, manquements et fraudes commis par les praticiens et auxiliaires médicaux dans leur activité au profit des assurés sociaux (par ex. : refus de délivrance de pièces et certificats, non respect de la règle de la plus stricte économie compatible avec l'état du patient, perception d'honoraires indus, etc.).

Elles peuvent prononcer à titre de sanction à l'encontre des professionnels de santé, un avertissement, un blâme ou une interdiction, temporaire ou définitive, d'exercer leur activité auprès des assurés sociaux. Elles peuvent également, à titre principal ou à titre complémentaire, condamner l'intéressé au remboursement à l'organisme d'assurance maladie des sommes indûment versées par celui-ci du fait de la faute commise.

> SECTION 2

Le recours des organismes de sécurité sociale contre les tiers responsables

1. Lorsqu'un accident survenu à un de leurs assurés est imputable à un tiers, les organismes de sécurité sociale n'en sont pas moins tenus de servir les prestations prévues par la législation, indépendamment des indemnités que la victime peut percevoir du tiers ou de son assureur. Les organismes peuvent néanmoins recouvrer, en tout ou partie, le montant des prestations versées auprès du tiers responsable en exerçant à l'encontre de celui-ci un *recours* dont le régime a été refondu par la loi du 5 juillet 1985.

2. Le régime du recours obéit désormais aux règles suivantes :

- Il n'est ouvert qu'au bénéfice de certaines catégories d'organismes ayant assuré la couverture de l'accident. Figurent ainsi au nombre des *tiers payeurs* les organismes de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole (pour l'ensemble de leurs prestations), les collectivités publiques (pour les prestations qu'elles versent à leurs agents, souvent au titre d'un régime spécial), les mutuelles, institutions de prévoyance et assureurs (prise en charge des soins, indemnités journalières) et les employeurs (maintien du salaire pendant l'arrêt de travail).
- Le recours ne peut être exercé, à l'inverse, à l'encontre de certains tiers responsables : il en va ainsi des proches de la victime (mais non de leur assureur), ainsi que de l'employeur en cas d'accident de travail ou de maladie professionnelle (sauf faute inexcusable ou intentionnelle).
- Le recours revêt un caractère purement *subrogatoire*.
- Le recours se traduit par l'application de règles de *procédure* particulières : tant la victime que le tiers payeur est tenu, lors de la saisine du juge, de mettre en cause l'autre partie.

3. L'exercice de leur recours par les tiers payeurs est de nature à priver, notamment en cas de partage de responsabilité, la victime d'une partie de ses indemnités.

Reprenant une disposition initialement applicable aux recours exercés par les seuls organismes de sécurité sociale, la loi du 5 juillet 1985 a entendu préserver les droits de la victime : le tiers payeur ne peut exercer son recours sur les sommes allouées en réparation de certains préjudices de caractère personnel (souffrances physiques et morales, préjudice esthétique et préjudice d'agrément de la victime, préjudice moral des ayants droit).

La loi du 21 décembre 2006 s'est engagée plus avant :

- La loi énonce que le recours du tiers payeur s'exerce *poste par poste* sur les seules indemnités qui réparent des préjudices qu'ils ont pris en charge, à l'exclusion des préjudices de caractère personnel.
- Elle précise également que, lorsqu'elle n'a été prise en charge que partiellement par les prestations versées par le tiers payeur, la victime exerce ses droits contre le tiers responsable par préférence au tiers payeur.
- Elle habilite enfin un tiers payeur à exercer son recours sur une indemnité réparant un préjudice de caractère personnel s'il établit qu'il a effectivement et préalablement versé une prestation indemnisant de manière incontestable un tel préjudice.

> SECTION 3

La territorialité des systèmes de sécurité sociale et l'incidence des règles internationales et européennes

Les systèmes de sécurité sociale se caractérisent par leur *territorialité* : la règle nationale n'étend ses effets, en principe, qu'aux personnes que leur activité ou leur résidence rattache au territoire national. Le principe de la territorialité n'est pas cependant sans limites, les règles de droit interne et de droit international concourant à en aménager ou à en neutraliser les effets.

§1 – LES SOLUTIONS DU DROIT INTERNE

L'aménagement du principe de la territorialité du système français procède, pour partie, des dispositions du droit interne.

A. Le principe de la territorialité du système français

1. Les règles du droit interne donnent leur plein effet au principe de la territorialité : l'exercice d'une activité sur le sol français, voire la simple résidence (prestations familiales, couverture maladie universelle) conduit à l'assujettissement au système français (affiliation au[x] régime[x], obligation à cotiser, droit aux prestations).

La résidence en France exerce parfois une incidence sur le droit aux prestations. Ainsi l'assurance maladie ne prend-t-elle pas en charge, sauf exception (par ex. : maladie inopinée ou accident), les soins délivrés à l'étranger. En revanche, les prestations de longue durée (pension d'invalidité, pension de retraite, rente accident du travail) sont dues indépendamment de la résidence en France de leurs bénéficiaires.

2. Les étrangers qui séjournent en France, sont normalement assujettis à la sécurité sociale dans les mêmes conditions que les Français, dès lors qu'ils sont en situation régulière au regard des lois sur le séjour des étrangers.

B. Les droits des Français à l'étranger

1. Lorsqu'un assuré relevant du système français quitte temporairement le territoire national, il peut bénéficier de la procédure du *détachement* : dès lors que l'intéressé n'est amené à exercer son activité à l'étranger que pour une brève durée, il conserve le bénéfice du rattachement au régime dont il relevait en France.

La procédure du détachement est réservée, pour l'essentiel, aux travailleurs relevant du régime général et de certains régimes spéciaux. Elle ne peut recevoir application que pour une durée limitée : dans le régime général, le détachement ne peut excéder une durée de trois ans, renouvelable une fois.

2. Les pouvoirs publics ont également aménagé des dispositions propres aux travailleurs qui exercent durablement leur activité dans un pays étranger. La gestion de ces dispositions relève de la compétence d'un organisme spécialisé : la *Caisse des Français de l'étranger*.

La protection sociale des Français de l'étranger prend la forme de plusieurs assurances volontaires spécifiques :

- l'*assurance maladie et maternité* est ouverte non seulement aux travailleurs, salariés et non salariés, mais également aux Français établis à l'étranger et aux titulaires, français ou étrangers, de certaines prestations et avantages servis au titre de la législation française;
- l'*assurance invalidité* et l'*assurance accidents du travail* sont réservées aux seuls travailleurs salariés.

Les travailleurs salariés expatriés peuvent également adhérer, au titre de l'assurance volontaire, au régime d'assurance vieillesse dont leur activité relèverait s'il l'exerçait en France.

§2 – LES SOLUTIONS INTERNATIONALES ET EUROPÉENNES

Les normes internationales et européennes exercent une double incidence sur les règles du droit de la sécurité sociale. Elles tendent à en aménager la territorialité (règles de coordination), mais étendent également leurs effets à la substance des règles nationales.

A. Les règles de coordination

1. La *coordination* des systèmes nationaux a pour objet d'aménager les rapports entre les systèmes de sécurité sociale des États pour résoudre les difficultés de ceux qui se déplacent d'un État à l'autre et peuvent voir ainsi leurs droits amoindris.

Les règles de coordination comportent en particulier :

- des clauses de *rattachement*, de manière à désigner celui des systèmes nationaux amené à prendre en charge le travailleur migrant : le plus souvent, les règles de coordination optent en faveur de la compétence de l'État où l'intéressé exerce son activité.
- des clauses de *totalisation* des conditions (périodes d'activité ou de cotisation) pour l'ouverture des droits.
- des clauses d'*exportation* des prestations (levée des clauses de résidence sur le sol national pour l'attribution des prestations).

2. La France a conclu de nombreux accords, bilatéraux ou multilatéraux, avec d'autres États pour assurer la coordination, en tout ou partie, de son système de sécurité sociale avec d'autres systèmes nationaux.

3. L'institution de la Communauté économique européenne en 1957 a conduit à l'élaboration d'un instrument de coordination des systèmes nationaux de sécurité sociale des États membres. Applicable aux travailleurs salariés et non salariés, s'étendant y compris aux prestations familiales et à l'indemnisation du chômage, la réglementation communautaire conduit à une coordination singulièrement étendue des systèmes nationaux des États membres. Fixée par le règlement n° 1408/71/CE du 14 juin 1971, la réglementation communautaire a été, récemment, refondue par le règlement n° 883/2004/CE du 29 avril 2004 (en cours d'application).

B. Les règles substantielles

1. Plusieurs instruments internationaux et européens tendent à promouvoir l'*harmonisation* des systèmes nationaux de sécurité sociale.

L'harmonisation peut prendre la forme de *normes minimales*, chaque État qui adhère à la norme, s'engageant dès lors à porter ou à maintenir son système de sécurité sociale au moins au niveau exigé par la norme. Parmi les normes, on mentionnera :

- la *Convention n° 102* de l'Organisation internationale du travail ;
- le *Code européen de sécurité sociale*, adopté par le Conseil de l'Europe.

L'harmonisation des systèmes nationaux de sécurité sociale constitue également l'un des objectifs des Communautés européennes. Réserve faite de certaines mesures dans le domaine de la discrimination entre les hommes et les femmes, elle n'a donné lieu, jusqu'à présent, qu'à une application bien limitée.

2. Les instruments internationaux et européens de protection des droits de l'homme ont également exercé certains effets sur les règles nationales.

Une mention toute particulière doit être réservée sur ce point à la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales. Procédant à une interprétation constructive des termes de la Convention et de ses protocoles additionnels, la Cour européenne des droits de l'homme de Strasbourg a entendu, en effet, faire échec aux règles nationales qui conduisent à des discriminations dans l'accès aux prestations sociales : la Cour a jugé, par exemple, discriminatoires les règles nationales qui subor-

donnent le droit aux prestations à une condition de nationalité (CEDH, 18 sept. 1996, *Gaygusuz c. Autriche*) ou instituent des discriminations entre les hommes et les femmes pour l'attribution ou le calcul de certaines prestations (CEDH, 21 févr. 1997, *Van Raalte c. Pays-Bas*, et 27 mars 1998, *Petrovic c. Autriche*). La Cour de cassation et le Conseil d'État ont repris cette jurisprudence pour se prononcer sur la compatibilité de certaines des dispositions du droit français avec les exigences de la Convention européenne.